



PROTÓCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA

saúde das mulheres



Tiragem: 1ª edição – 2016 – 48.373 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6, Edifício Premium,
Bloco II, subsolo
CEP: 70.070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9029
Site: www.dab.saude.gov.br
E-mail: dab@saude.gov.br

Suporte técnico, operacional e financeiro, no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI – SUS:
INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA
Rua Cel. Nicolau dos Santos, 69
Bela Vista, CEP: 01308-060, São Paulo – SP
Tel.: (11) 3155 0494
Site: www.hospitalsiriolibanês.org.br/ensino
E-mail: iep@hsl.org.br

Editor geral:

Anne Elizabeth Berenguer Antunes.
Eduardo Alves Melo

Coordenação geral do projeto:

Karina Barros Calife Batista
Marilda Siriani de Oliveira
Roberto de Queiroz Padilha
Sílvio Fernandes da Silva
Valéria Vernaschi Lima

Editor técnico:

Américo Yuiti Mori
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti
Luciana Alves Pereira

Organização:

Ana Claudia Cardozo Chaves
Camille Aragão de Arruda
Flaviana Bezerra de Castro Alves
Margareth Cristina de Almeida Gomes
Patrícia Araújo Bezerra
Raquel Vaz Cardoso
Thais Severino da Silva

Revisão técnica:

Caroline Schweitzer de Oliveira
Fernanda Salvador
Maria Lia Silva Zerbini
Michele Pedrosa
Renata de Souza Reis
Thais Alessa Leite
Thais Fonseca Veloso de Oliveira

Elaboração:

Alan Della Bella dos Santos
Aline Eclair Saad
Ana Duboc Rochadel
Anna Luiza Braga Plá
Camila Mimura de Camargo Penteado
Carmem C. Moura dos Santos
Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
Dijon Hosana Silva
Fernanda Ferreira Marcolino
José Miguel de Deus
Kenny Oliveira de Carvalho
Livia Martins Carneiro
Maiza Fernandes Bomfim
Margareth Cristina de Almeida Gomes
Maria Tereza Gouveia Rodrigues
Marina Soares Guimarães
Michael Schmidt Duncan
Michele Pedrosa
Nilson Massakazu Ando
Raquel Vaz Cardoso
Renata Casagrande Guzella
Renata Souza Reis

Colaboração:

Brígida Gimenez Carvalho
Bruno Pessoa
Charleni Inês Scherer
Daniel Knupp
Daniela Cristina Moreira Marculino Figueiredo
Igor Oliveira Clauber Siqueira
Laryssa Denyse de Campos
Lêda Maria Mendes Souza
Marcia Helena Leal
Renata Guerda de Araújo Santos
Roberta Lima

Supervisão editorial:

Laetícia Jensen Eble
Marco Aurélio Santana da Silva

Projeto gráfico e diagramação:

Sávio Marques

Revisão:

Ana Paula Reis
Laetícia Jensen Eble

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Os quadros e figuras constantes na obra, quando não indicados por fontes externas, são de autoria própria.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

230 p. : il.

ISBN 978-85-334-2360-2

1. Atenção Básica. 2. Protocolos. 3. Saúde da Mulher. I. Título. II. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.

CDU 613.99

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0019

Título para indexação:

Protocols of Primary Care: Women's Health Care

LISTA DE FLUXOGRAMAS

PARTE 1 – ATENÇÃO AOS PROBLEMAS/QUEIXAS MAIS COMUNS EM SAÚDE DAS MULHERES21

Fluxograma 1 – Sangramento uterino anormal	21
Fluxograma 2 – Atraso menstrual e amenorreias	27
Fluxograma 3 – Ausência de menstruação, descartada gestação	28
Fluxograma 4 – Amenorreia secundária sem causa evidente na avaliação clínica inicial	29
Fluxograma 5 – Sintomas pré-menstruais	33
Fluxograma 6 – Avaliação inicial da queixa de lesão anogenital	35
Fluxograma 7 – Corrimento vaginal e cervicites	39
Fluxograma 8 – Mastalgia.....	44
Fluxograma 9 – Descarga papilar.....	45
Fluxograma 10 – Dor pélvica	47
Fluxograma 11 – Imagens anexais.....	55
Fluxograma 12 – Miomas	56
Fluxograma 13 – Perda urinária	59
Fluxograma 14 – Queixas urinárias.....	61

PARTE 2 – ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO, PUERPÉRIO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO63

Fluxograma 1 – Pré-Natal na Atenção Básica	70
Fluxograma 2 – O que fazer nos quadros de náusea e vômitos	97
Fluxograma 3 – O que fazer nas queixas urinárias	98
Fluxograma 4 – O que fazer nos quadros de dor abdominal e cólicas.....	99
Fluxograma 5 – O que fazer nos quadros de edema	100
Fluxograma 6 – O que fazer na anemia gestacional	109
Fluxograma 7 – O que fazer nos quadros de sífilis	110
Fluxograma 8 – O que fazer nos quadros de toxoplasmose.....	111
Fluxograma 9 – O que fazer nas síndromes hemorrágicas	112
Fluxograma 10 – O que fazer nos quadros de alterações do líquido amniótico	113
Fluxograma 11 – O que fazer no diabetes mellitus gestacional (DMG).....	114
Fluxograma 12 – O que fazer nas síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia e eclâmpsia.....	115
Fluxograma 13 – O que fazer nos resultados de sorologia do HIV	116

PARTE 3 – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO151

Fluxograma 1 – Escolha do método anticoncepcional	155
Fluxograma 2 – Esterilização voluntária feminina e masculina (métodos definitivos e cirúrgicos)	156
Fluxograma 3 – Abordagem da mulher ou do casal que planeja a gravidez – auxílio à concepção	157
Fluxograma 4 – Anticoncepcional oral combinado (AOC) e minipílula.....	158
Fluxograma 5 – Anticoncepção injetável (AI) trimestral e mensal.....	159
Fluxograma 6 – DIU de cobre.....	160

PARTE 4 – PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	173
PARTE 5 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	187
PARTE 6 – ATENÇÃO ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO.....	197
PARTE 7 – ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU DOMÉSTICA/INTRAFAMILIAR	213
Fluxograma 1 – Atenção às mulheres em situação de violência doméstica e/ou violência sexual	225

LISTA DE QUADROS

PARTE 1 – ATENÇÃO AOS PROBLEMAS/QUEIXAS MAIS COMUNS EM SAÚDE DAS MULHERES	21
Quadro 1 – Sangramento uterino aumentado: ciclos regulares, porém prolongados ou intensos* Obs.: Podem estar presentes sintomas relacionados à menstruação.....	22
Quadro 2 – Sangramento uterino irregular: ciclos irregulares, geralmente sem sintomas relacionados à menstruação, volume do sangramento variável	23
Quadro 3 – Sangramento uterino intermenstrual: sangramento uterino não associado à menstruação – Padrões mais frequentes são escape e sangramento pós-coito	24
Quadro 4 – Manejo clínico do sangramento uterino agudo intenso.....	24
Quadro 5 – Manejo clínico do sangramento uterino aumentado crônico de padrão ovulatório	25
Quadro 6 – Atraso menstrual e amenorreias	30
Quadro 7 – Avaliação inicial da queixa de lesão anogenital.....	36
Quadro 8 – Dor pélvica aguda: como identificar e como manejar as principais causas ginecológicas e não ginecológicas	48
Quadro 9 – Dor pélvica crônica: como identificar e como manejar as principais causas	51
Quadro 10 – Considerações gerais sobre o tratamento de dor pélvica crônica.....	53
PARTE 2 – ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO, PUERPÉRIO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO.....	63
Quadro 2 – Exame físico geral e específico no pré-natal de baixo risco.....	73
Quadro 3 – Solicitação dos exames de rotina no pré-natal de baixo risco.....	79
Quadro 4 – Interpretação de resultados de ultrassonografia no pré-natal de baixo risco.....	84
Quadro 5 – Principais sinais de alerta na gestação.....	85
Quadro 6 – Avaliação do risco gestacional pela equipe de Atenção Básica	86
Quadro 7 – Abordagem de queixas frequentes na gestação	90
Quadro 8 – Atenção às intercorrências do pré-natal	101
Quadro 9 – Relação de medicamentos essenciais na atenção ao pré-natal	117
Quadro 10 – Imunização: recomendações de rotina no pré-natal	121
Quadro 11 – Vitaminas e minerais, suas funções, fontes e recomendações durante o período gestacional	122
Quadro 12 – Preparo para o parto.....	124
Quadro 13 – A gestação no âmbito do trabalho, direitos sociais e trabalhistas.....	126

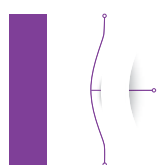
Quadro 14 – Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação quanto à manutenção ou contra-indicação do aleitamento materno	144
Quadro 15 – Intercorrências ou complicações no aleitamento materno.....	145
PARTE 3 – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	151
2 QUADRO-SÍNTESE NA ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA.....	152
Quadro 1 – Categorias da OMS para os critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos	161
Quadro 2 – Critérios de elegibilidade da OMS de contraceptivos por condição clínica	161
Quadro 3 – Métodos contraceptivos ofertados pelo SUS	164
Quadro 4 – Taxas de falha dos métodos contraceptivos	164
Quadro 5 – Anticoncepção hormonal de emergência – AHE	165
Quadro 6 – Como lidar com problemas na contracepção?	165
PARTE 4 – PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	173
Quadro 1 – Recomendações da coleta do exame citopatológico do colo do útero diante de situações especiais.....	180
Quadro 2 – Recomendações diante dos problemas mais frequentes encontrados durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero	181
Quadro 3 – Adequabilidade da amostra	182
Quadro 4 – Recomendação diante de resultados de exames citopatológicos normais	183
Quadro 5 – Recomendação inicial diante de resultados de exames citopatológicos anormais	184
PARTE 5 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	187
Quadro 1 – Síntese de prevenção do câncer de mama	189
Quadro 2 – Mamografia de rastreamento: interpretação, risco de câncer e recomendações de conduta	191
Quadro 3 – A eficácia do rastreamento populacional por mamografia	192
PARTE 6 – ATENÇÃO ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO.....	197
2 QUADRO-SÍNTESE – ATENÇÃO ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO.....	198
Quadro 1 – Quais são as queixas associadas ao climatério?.....	201
Quadro 2 – Cuidados não farmacológicos e orientações de acordo com as queixas apresentadas	201
Quadro 3 – Fitoterápicos que podem ser utilizados no manejo de sintomas transitórios do climatério	204
Quadro 4 – Abordagem farmacológica – terapia não hormonal	206
Quadro 5 – Abordagem farmacológica – terapia hormonal (TH)	206
PARTE 7 – ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU DOMÉSTICA/INTRAFAMILIAR	213
Quadro 1 – Formas de violência contra a mulher (art. 7, Lei Maria da Penha).....	216

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 OS PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA E A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS MULHERES NA ATENÇÃO BÁSICA.....	11
2 LINHAS ORIENTADORAS DESTA PUBLICAÇÃO	13
REFERÊNCIAS	18
PARTE 1 – ATENÇÃO AOS PROBLEMAS/QUEIXAS MAIS COMUNS EM SAÚDE DAS MULHERES	21
1 PROBLEMAS RELACIONADOS À MENSTRUAÇÃO	21
1.1 Sangramento uterino anormal	21
1.1.1 Padrões de sangramento e manejo das diferentes causas de sangramento uterino.....	22
REFERÊNCIAS	26
1.2 Atraso menstrual e amenorreias.....	27
1.2.1 Atraso menstrual	27
1.2.2 Ausência de menstruação, descartada gestação	28
1.2.3 Amenorreia secundária sem causa evidente na avaliação clínica inicial	29
REFERÊNCIAS.....	32
1.3 Sintomas pré-menstruais	33
REFERÊNCIAS.....	34
2 LESÃO ANOGENITAL	35
2.1 Avaliação inicial da queixa de lesão anogenital	35
REFERÊNCIAS.....	38
3 CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITES	39
3.1 Corrimento vaginal e cervicites.....	39
3.2 Quadro-síntese para tratamento de corrimento vaginal e cervicite	40
REFERÊNCIAS.....	43
4 PROBLEMAS NA MAMA.....	44
4.1 Mastalgia	44
4.2 Descarga papilar	45
REFERÊNCIAS.....	46
5 DOR PÉLVICA	47
5.1 Dor pélvica: aguda, crônica e cíclica	47
REFERÊNCIAS.....	54
6 AVALIAÇÃO DE ACHADOS EM ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA	55
6.1 Imagens anexais	55
6.2 Miomas	56
6.3 Outros achados frequentes.....	57

REFERÊNCIAS.....	58
7 QUEIXAS URINÁRIAS	59
7.1 Perda urinária	59
REFERÊNCIAS.....	60
7.2 Dor e aumento da frequência	61
REFERÊNCIAS	62
PARTE 2 – ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO, PUERPÉRIO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO.....	63
1 ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO	63
1.1 Quadro-síntese de atenção à gestante no pré-natal de baixo risco	64
1.2 Saiba Mais	128
REFERÊNCIAS	129
2 ATENÇÃO À MULHER NO PUERPÉRIO	131
2.1 Quadro-síntese de atenção à mulher no puerpério	132
REFERÊNCIAS	136
3 PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL	137
3.1 Quadro-síntese de promoção do aleitamento materno	140
3.2 Saiba Mais	148
REFERÊNCIAS	149
PARTE 3 – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	151
1 INTRODUÇÃO	151
3 FLUXOGRAMAS.....	155
4 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.....	161
5 SAIBA MAIS	169
REFERÊNCIAS	170
PARTE 4 – PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	173
1 INTRODUÇÃO	173
2 QUADRO-SÍNTESE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	174
3 SAIBA MAIS	185
REFERÊNCIAS	186
PARTE 5 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA.....	187
1 INTRODUÇÃO	187
2 SAIBA MAIS	193
REFERÊNCIAS.....	194
PARTE 6 – ATENÇÃO ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO.....	197
1 INTRODUÇÃO	197
3 SAIBA MAIS	209
REFERÊNCIAS	210

PARTE 7 – ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU DOMÉSTICA/INTRAFAMILIAR.....	213
1 INTRODUÇÃO	213
2 QUADRO-SÍNTESE PARA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU DOMÉSTICA/FAMILIAR NO ÂMBITO DA AB	218
3 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.....	226
3.1 Rede de atendimento às mulheres em situação de violência.....	226
4 SAIBA MAIS	227
REFERÊNCIAS	228



INTRODUÇÃO

1 OS PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA E A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS MULHERES NA ATENÇÃO BÁSICA

Para que a Atenção Básica (AB) possa cumprir seu papel na Rede de Atenção à Saúde, é fundamental que a população reconheça que as unidades básicas de saúde (UBS) estão próximas a seu domicílio e podem resolver grande parte de suas necessidades em saúde. Para isso, gestores e trabalhadores possuem a tarefa de organizar os serviços de modo que eles sejam, de fato, acessíveis e resolutivos às necessidades da população. Por meio do acolhimento, compreendido como uma escuta atenta e qualificada, que considera as demandas trazidas pelo usuário, a equipe de saúde define as ofertas da UBS para o cuidado e estabelece critérios que definem as necessidades de encaminhamento desse usuário para outro ponto da Rede de Atenção à Saúde.

Com o objetivo de ampliar a resolutividade das equipes de saúde, proporcionando ampliação do escopo de práticas e apoio ao processo de trabalho a partir da oferta de tecnologias assistenciais e educacionais, o Departamento de Atenção Básica (DAB) tem empregado esforços na produção de diversos materiais técnicos norteadores para o processo de trabalho das equipes na AB. Os Protocolos da Atenção Básica (PAB) têm enfoque clínico e de gestão do cuidado, e servem como subsídio para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado na AB. Trata-se de um instrumento potente para a implementação de boas práticas e deve funcionar efetivamente como material de consulta no dia a dia dos profissionais de saúde. Deve também ser constantemente avaliado segundo sua realidade de aplicação, com acompanhamento gerencial sistemático e revisões periódicas, permitindo espaço para criação e renovação dentro do processo de trabalho.¹⁶

Nesse sentido, o presente documento, que tem abrangência nacional, pode ser adotado na íntegra ou adaptado pelos gestores estaduais e municipais conforme as necessidades e particularidades regionais. Deve, ainda, ser utilizado de forma complementar a outras publicações do DAB, como os Cadernos de Atenção Básica e os Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada, num contexto de integração, em que cada publicação tem sua funcionalidade e contribui para maximizar o potencial de ação do profissional de saúde nas variadas situações que se apresentam no cotidiano da AB.

Desse modo, os protocolos devem ter flexibilidade para reconhecer um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e possíveis adequações às distintas realidades do Brasil. Seu propósito não é abarcar todas as possibilidades de arranjos e práticas de cuidado em saúde, nem nos demais níveis de atenção, mas trazer ofertas para o fortalecimento da Atenção Básica como importante ponto de atenção – de coordenação do cuidado e porta de entrada preferencial no sistema –, que opera dentro de um arranjo maior de Redes de Atenção à Saúde, a fim de ampliar o acesso, melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários, com uso racional dos recursos do SUS.

Cada protocolo aborda um tema clínico e é elaborado com base em diversos saberes, a fim de garantir um cuidado integral sob a ótica da clínica ampliada, considerando que aspectos

biológicos, psíquicos, socioeconômicos, culturais, espirituais e ambientais exercem determinação sobre o processo saúde-doença dos indivíduos e, portanto, os profissionais de saúde devem acionar recursos diversos para o cuidado. O presente protocolo é referente ao cuidado da mulher na AB e dialoga com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) ao considerar o gênero, a integralidade e a promoção da saúde como perspectivas privilegiadas, bem como os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, sob orientação das diferentes dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania.^{1,2} Com esse protocolo, afirma-se também um compromisso com a implementação de ações de saúde no âmbito da AB que reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, a partir da adoção de boas práticas profissionais, com enfoque não apenas para a mulher, mas também para a família e a comunidade. Aponta-se, ainda, para o fortalecimento das ações voltadas a mulheres historicamente excluídas das políticas públicas, como forma de garantir legitimidade às suas necessidades e especificidades. Nesse sentido, é necessário garantir acesso aos serviços, respeitando a diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa, contribuindo para a construção da autonomia de mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, índias, ciganas, do campo e da floresta, em situação de rua e privadas de liberdade, em todas as fases da vida.

Nesse contexto, o *Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres* contempla desde temas como pré-natal, puerpério e aleitamento materno, até planejamento reprodutivo, climatério e atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual. Contempla, ainda, a abordagem dos problemas/queixas e a prevenção dos cânceres que mais acometem a população feminina.

A construção do material foi balizada pelos pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na busca por uma AB acolhedora, resolutiva e que avance na gestão e coordenação do cuidado ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Há o pressuposto de que o protocolo seja permeável ao reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e possíveis adequações às distintas realidades do Brasil.³ Vale lembrar que este material não abarca todas as possibilidades de arranjos e práticas de cuidado em saúde das mulheres na AB, nem nos demais níveis de atenção, mas traz ofertas para qualificar a Atenção Básica.

Aliados ao objetivo de qualificar as ações de saúde na Atenção Básica, os Protocolos da Atenção Básica cumprem uma função primordial, que é oferecer respaldo ético-legal para a atuação dos(as) trabalhadores(as) da Atenção Básica, conforme disposto em suas atribuições comuns e específicas constantes na PNAB, particularmente no que se refere aos(as) profissionais de enfermagem. Compondo a equipe mínima da Saúde da Família – juntamente com médico, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde – e outras modalidades de equipes de Atenção Básica, enfermeiras e enfermeiros desenvolvem atividades clínico-assistenciais e gerenciais, conforme as atribuições estabelecidas na Portaria nº 2.488/2011, obedecendo também à regulamentação do trabalho em enfermagem, estabelecida pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1987, bem como às Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 159/1993 e nº 358/2009. A ênfase aqui se justifica pelo fato de que, observadas as disposições legais da profissão, algumas de suas atividades são referendadas pela existência de protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal.

Reconhece-se que, para o alcance dos objetivos do sistema de saúde e o cumprimento efetivo e qualificado de suas funções como porta de entrada preferencial, coordenação do cuidado e resolutividade na Atenção Básica, faz-se necessário conferir maior qualificação, autonomia e

responsabilidade a todas(os) as(os) trabalhadoras(es) atuantes neste nível de atenção. Também é fundamental estimular dispositivos para o trabalho compartilhado, considerando a oferta de cuidado em contextos de difícil acesso, com barreiras geográficas ou outras particularidades locais.

Partindo de tais objetivos e pressupostos, o Ministério da Saúde firmou parceria com uma instituição de excelência, cuja trajetória é reconhecida no campo de formação de profissionais de saúde e no desenvolvimento de projetos de apoio ao SUS: o Hospital Sírio-Libanês (HSL). Com recursos da filantropia, o Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP) do HSL desenvolveu o processo de produção dos Protocolos da Atenção Básica juntamente com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, ao longo de 2014.

Por meio dessa parceria, foram realizadas diversas oficinas de trabalho com um coletivo de trabalhadoras(es) de diferentes núcleos profissionais e notória experiência e saber na Atenção Básica. Tais oficinas foram orientadas por metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com o objetivo de facilitar a emergência dos temas a serem trabalhados na publicação e a criação de formato que pudesse dialogar mais significativamente com a lógica da Atenção Básica. A continuidade do desenvolvimento dos temas se deu nos momentos de dispersão, embasada pela produção prévia do Ministério da Saúde voltada para a Atenção Básica e para a área temática do protocolo.

Cabe ressaltar que as referências bibliográficas que serviram de base para a produção desta publicação são obras que versam sobre práticas e saberes já consolidados no âmbito da Atenção Básica, isto é, tratam do cuidado em saúde neste nível de atenção considerando a perspectiva do usuário, da pessoa que busca o cuidado – e não de agravos ou uma tecnologia –, contemplando o trabalho em equipe e a organização do processo de trabalho sob a ótica da integralidade e demais princípios da Atenção Básica. Sendo assim, o conteúdo dos Cadernos de Atenção Básica (CABs) serviu como ponto de partida para a elaboração deste material. Agregam-se aos CABs as diretrizes de políticas de saúde, com destaque para a PNAB e a PNAISM, além de manuais, diretrizes, normas e notas técnicas, leis, portarias e outras publicações do MS. Além disso, foram utilizados estudos e consensos de bases de dados nacionais e internacionais de reconhecido valor para a Atenção Básica.

Após a elaboração, foi realizada a etapa de validação interna, que consistiu em um processo de discussão do material por um conjunto de especialistas – profissionais, gestores(as), professores(as) – em saúde da família, medicina de família e comunidade (MFC), ginecologia e obstetrícia. Nesta etapa promoveu-se a análise técnica dos protocolos a fim de garantir o aprimoramento do material elaborado pela equipe de produção.

Para melhor compreensão e uso do material, na próxima seção, apresentam-se as principais diretrizes que orientaram a escolha do formato, bem como as características da publicação.

2 LINHAS ORIENTADORAS DESTA PUBLICAÇÃO

Tradicionalmente, nos sistemas de saúde, tem-se priorizado o cuidado da mulher no campo da saúde reprodutiva, com foco na atenção ao pré-natal, parto, puerpério e planejamento reprodutivo, orientação de grande relevância social e epidemiológica. Também é prioridade de saúde pública a prevenção dos cânceres de colo do útero e de mama, prática bem consolidada na Atenção Básica. No entanto, o atendimento integral das mulheres – com acolhimento de suas demandas e necessidades, garantia do acesso e respostas a contento – ainda está em processo de consolidação.

No cotidiano dos serviços, a integralidade se expressa pela atenção à saúde dos usuários, sob a ótica da clínica ampliada, com a oferta de cuidado à (e com a) pessoa, e não apenas a seu adoecimento. Isso inclui também a prestação de cuidados abrangentes, que compreendem desde a promoção da saúde, a prevenção primária, o rastreamento e a detecção precoce de doenças até a cura, a reabilitação e os cuidados paliativos, além da prevenção de intervenções e danos desnecessários, a denominada prevenção quaternária.^{3, 5} Isto é, o alcance da integralidade na Atenção Básica pressupõe a superação da restrição do cuidado às mulheres a ações programáticas por meio do desenvolvimento de ações abrangentes de saúde e de acordo com as necessidades de saúde das usuárias.

Nesse sentido, com o intuito de contribuir com a consolidação dos princípios do SUS, o primeiro capítulo dos *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*, intitulado “Atenção aos Problemas/Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres”, apresenta os principais motivadores de contato espontâneo das usuárias com os serviços de saúde que usualmente não estão contemplados nas ações programáticas já consolidadas (também abordadas na sequência do material).

Esse primeiro capítulo apresenta um conjunto de temas bastante diverso, essencialmente clínico, e está disposto em formato diferente dos demais. Os problemas e a respectiva abordagem pela equipe multiprofissional na Atenção Básica são apresentados em formato de fluxogramas. Os fluxogramas trazem, de forma objetiva, os passos do cuidado desde o primeiro contato da mulher com a equipe de Atenção Básica até o plano de cuidados, o qual sempre deve ser realizado de forma compartilhada com a usuária. Nos passos do fluxograma, faz-se referência também às categorias profissionais habilitadas, do ponto de vista técnico e ético-legal, para realizarem as atividades ou os procedimentos indicados. Alguns temas possuem quadros com informações complementares aos fluxogramas. Em algumas situações, apresenta-se um quadro inicial referente aos “sinais de alerta”, que contém: i) por um lado, os sinais, sintomas e dados clínicos que podem remeter a um risco mais elevado; e ii) por outro, as situações que necessitam de avaliação clínica em caráter de urgência/emergência ou prioritária (condições em que se pode prever alguma gravidade, embora sem risco de vida iminente no momento primordial da avaliação).

São abordados os seguintes temas no primeiro capítulo: problemas relacionados à menstruação (sangramento uterino anormal, ausência de sangramento menstrual, sintomas pré-menstruais, entre outros), lesões anogenitais, corrimento vaginal, mastalgia, descarga papilar, dor pélvica, avaliação de achados em ultrassonografia pélvica, perda urinária e disúria.

Por sua vez, os capítulos subsequentes abordam os seguintes temas: atenção às mulheres no pré-natal de baixo risco, no puerpério e promoção do aleitamento materno; planejamento reprodutivo; prevenção dos cânceres do colo do útero e de mama; atenção às mulheres no climatério; e atenção às mulheres em situação de violência. Estes capítulos foram estruturados em cinco blocos principais: introdução, quadro-síntese, quadros explicativos, textos/informações complementares e saiba mais.

O “quadro-síntese” sumariza o conjunto de ações de cada capítulo, sob uma abordagem integral das mulheres, e discrimina os profissionais responsáveis pela realização do cuidado qualificado do ponto de vista técnico e ético-legal. O conteúdo segue a lógica de produção do cuidado às mulheres na Atenção Básica, partindo do acolhimento à demanda espontânea, com escuta qualificada, até as ações previstas como ofertas possíveis para a atenção integral e promoção

da saúde desta população. Estas ações estão agrupadas na avaliação global (entrevista e exame físico geral e específico) e no plano de cuidados de forma ampliada, incluindo ações de avaliação dos problemas (exames complementares), abordagem medicamentosa e não medicamentosa, atividades de educação em saúde, acompanhamento e vigilância em saúde, a depender do tema em questão.

“Acolhimento com escuta qualificada” é a primeira categoria do quadro-síntese – bem como dos fluxogramas de todas as seções – e uma das diretrizes para qualificação e humanização das práticas de saúde no SUS, que devem estar fundamentadas no trabalho em equipe e na construção do relacionamento entre profissionais e usuárias.^{6,7} Acolhimento pode ser entendido por diferentes perspectivas, tanto como um modo de organização do processo de trabalho para ampliação do acesso e organização da demanda espontânea, assim como uma postura ético-política dos(as) profissionais, ao estabelecerem vínculo de cuidado com as usuárias, com respeito à autonomia das pessoas e consideração das necessidades, desejos e interesses dos atores envolvidos no cuidado. Sendo assim, incluir o acolhimento com escuta qualificada como princípio básico das ações dos profissionais de saúde tem por objetivos:^{6, 7}

- a melhoria do acesso das usuárias aos serviços de saúde, modificando a forma tradicional de entrada por filas e a ordem de chegada;
- a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuárias no que se refere à forma de escutar as usuárias em seus problemas e suas demandas;
- a mudança de objeto (da doença para o sujeito);
- a abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
- o aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e a complementaridade das atividades exercidas por categoria profissional, buscando-se orientar o atendimento das usuárias nos serviços de saúde pelos riscos apresentados, pela complexidade do problema, pelo acúmulo de conhecimentos, saberes e de tecnologias exigidas para a solução;
- o aumento da responsabilização dos(as) profissionais de saúde em relação às usuárias e a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles; e
- a operacionalização de uma clínica ampliada que implica a abordagem da usuária para além da doença e suas queixas, bem como a construção de vínculo terapêutico para aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde.

Ainda no detalhamento da categoria “Acolhimento com escuta qualificada”, foi utilizado como referencial o conceito de “motivos de consulta” (MC) da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) – incorporado pelo Ministério da Saúde (MS) no Prontuário Clínico do Cidadão (PEC) do Sistema e-SUS da Atenção Básica (e-SUS AB) –, adaptado nos Protocolos da Atenção Básica como “motivos de(o) contato”.^{8, 9} Em analogia ao conceito de MC, o motivo de contato se refere a qualquer razão, fator ou motivação que leve a um encontro entre profissional de saúde e usuário, com ênfase na demanda apresentada pelo usuário ao serviço de saúde, nas necessidades

apresentadas pelas pessoas que buscam cuidado: “poderá se tratar de sintomas ou queixas [...], doenças conhecidas [...], pedidos de exames de diagnóstico ou preventivos [...], pedido de tratamento [...], conhecer os resultados de testes, ou por razões administrativas [...]”.⁸

A adoção do termo “motivo de contato” deve-se ao fato de os Protocolos da AB contemplarem amplo leque de ações em saúde, realizadas por diferentes profissionais e que não se restringem a consultas, embora as contemplem. Além disso, favorece que não seja feita a vinculação direta, sem a interpretação conjunta entre profissional e usuária, entre a demanda dos sujeitos e a necessidade de uma consulta como solução daquela. Importante parcela do cuidado prestado na Atenção Básica – resolutivo, ampliado e adequado às necessidades das pessoas – é realizada em ações extraconsultório, como nas visitas domiciliares, atividades em grupos, espaços de educação em saúde, ações coletivas e intersetoriais, bem como no próprio acolhimento à usuária nos serviços de saúde.

De forma geral, as categorias dos quadros-síntese, dispostas nas linhas, foram inspiradas nas notas de evolução (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano – SOAP), do modelo de Registro Clínico Orientado para o Problema (RCOP) – ou Prontuário Orientado para o Problema e para a Evidência (Pope) –, também adotado pelo Ministério da Saúde no PEC do e-SUS AB.^{9, 10} O SOAP é um modelo de registro em saúde adequado para o cuidado na Atenção Básica e para as diferentes práticas profissionais, cuja estrutura reflete a complexidade dos cuidados básicos de saúde (favorecendo a continuidade, a integralidade e a coordenação do cuidado), com destaque para suas categorias de problemas e avaliação (não restritas às categorias de “doença” e “diagnóstico”, respectivamente), bem como de plano de cuidados (em suas dimensões de propedêutica, terapêutica, educativa e de seguimento/acompanhamento).^{10, 11}

Também foram utilizados como referência, na concepção do formato dos protocolos, os quadros-síntese da linha de cuidado da gestante e da puerpera do estado de São Paulo (SUS-SP), especialmente no que se refere ao detalhamento das ações realizadas no próprio quadro, bem como no destaque aos profissionais que realizam tais ações, indo ao encontro de um modelo consonante aos objetivos ético-políticos dos Protocolos da Atenção Básica.¹²

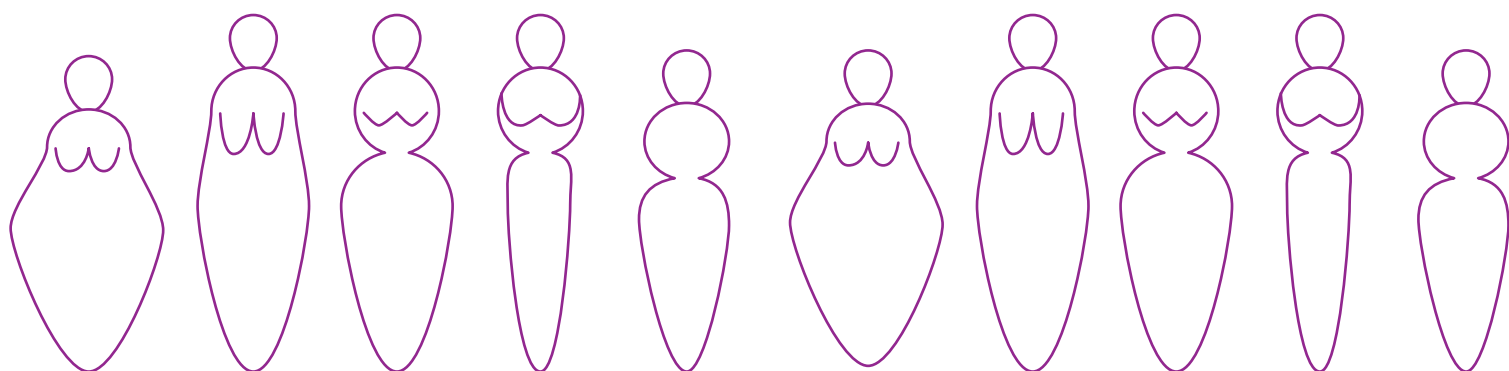
Nos quadros-síntese dos Protocolos da AB, são utilizados três termos ao denotar “quem faz” (última coluna dos quadros), isto é, as categorias profissionais responsáveis pela realização das ações do ponto de vista técnico e legal: equipe multiprofissional, enfermeiro(a)/médico(a) e médico(a). A equipe multiprofissional contempla todos os profissionais das equipes de Atenção Básica (como a equipe mínima: agentes comunitários de saúde, técnicos em enfermagem, enfermeiros e médicos) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a depender da realidade de cada região e serviço de saúde, dos profissionais presentes nas equipes (e seus saberes-práticas) e da forma de organização do processo de trabalho que contemple as especificidades e singularidades de cada território.^{3, 13, 14}

Por fim, os quadros e textos de leitura complementar foram incluídos para apoiar a compreensão do tema abordado no capítulo, de forma um pouco mais detalhada, ainda que breve. E a seção “Saiba mais” traz alguns *hiperlinks*, que podem ser acessados para agregar conhecimentos ao tema abordado no capítulo, além de informações relevantes que tangenciam ou atravessam o lócus da AB encontradas em documentos do Ministério da Saúde.

É importante reiterar que a abordagem proposta, embora apoiada em referências qualificadas

do Ministério da Saúde e de publicações científicas de reconhecimento nacional e internacional, não contempla todas as possibilidades de cuidado e nem resolve – como iniciativa isolada – as questões inerentes ao cuidado em saúde. Tais questões dependem de qualificada formação técnica, ético-política e humanitária em saúde, de um processo de educação permanente em saúde e do julgamento clínico judicioso com respeito à autonomia dos usuários.

Este material deve ser entendido como oferta do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde para os profissionais e gestores da AB e é importante que esteja atrelado a outras iniciativas para potencializar e qualificar o cuidado na Atenção Básica pelos três entes federativos (governo federal, unidades da federação e municípios).



REFERÊNCIAS

- 1 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/8QVTr1>>. Acesso em: 3 dez. 2014.
- 2 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipes de Atenção Básica** (EAB). Brasília, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/T7Y6l9>>. Acesso em: 12 dez. 2014.
- 3 – BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://goo.gl/QSmoim>>. Acesso em: 3 dez. 2014.
- 4 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** (NASF). Brasília, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php>. Acesso em: 12 dez. 2014.
- 5 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/gjW1rS>> Acesso em: 20 ago. 2014.
- 6 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: plano de ação 2004-2007. Brasília, 2004.
- 7 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2011.
- 8 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema e-SUS Atenção Básica**: manual de uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC versão 1.3. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/Cv8Mo5>>. Acesso em 12 dez. 2014.
- 9 – SÃO PAULO (Estado). Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer COREN-SP 056/2013** – CT. Utilização do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) no Processo de Enfermagem. Disponível em: <<http://goo.gl/q0DnDE>> Acesso em: 12 dez. 2014.
- 10 – DEMARZO, M. M. P. et al. **Módulo Político Gestor**: gestão da prática clínica dos profissionais na Atenção Primária à Saúde. São Paulo: UNA-SUS; UNIFESP, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/cfFGDa>>. Acesso em: 12 dez. 2014.
- 11 – MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.
- 12 – NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, set. 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/CthVMG>>. Acesso em: 24 nov. 2014.
- 13 – SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS/SP**: documento da linha de cuidado da gestante e da puérpera. São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/RXoXre>>. Acesso em: 19 ago. 2014.
- 14 – WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES, AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS – WONCA. **Classificação Internacional de Atenção Primária** (CIAP 2). Florianópolis: SBMFC, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/je59QV>>. Acesso em: 1 dez. 2014.

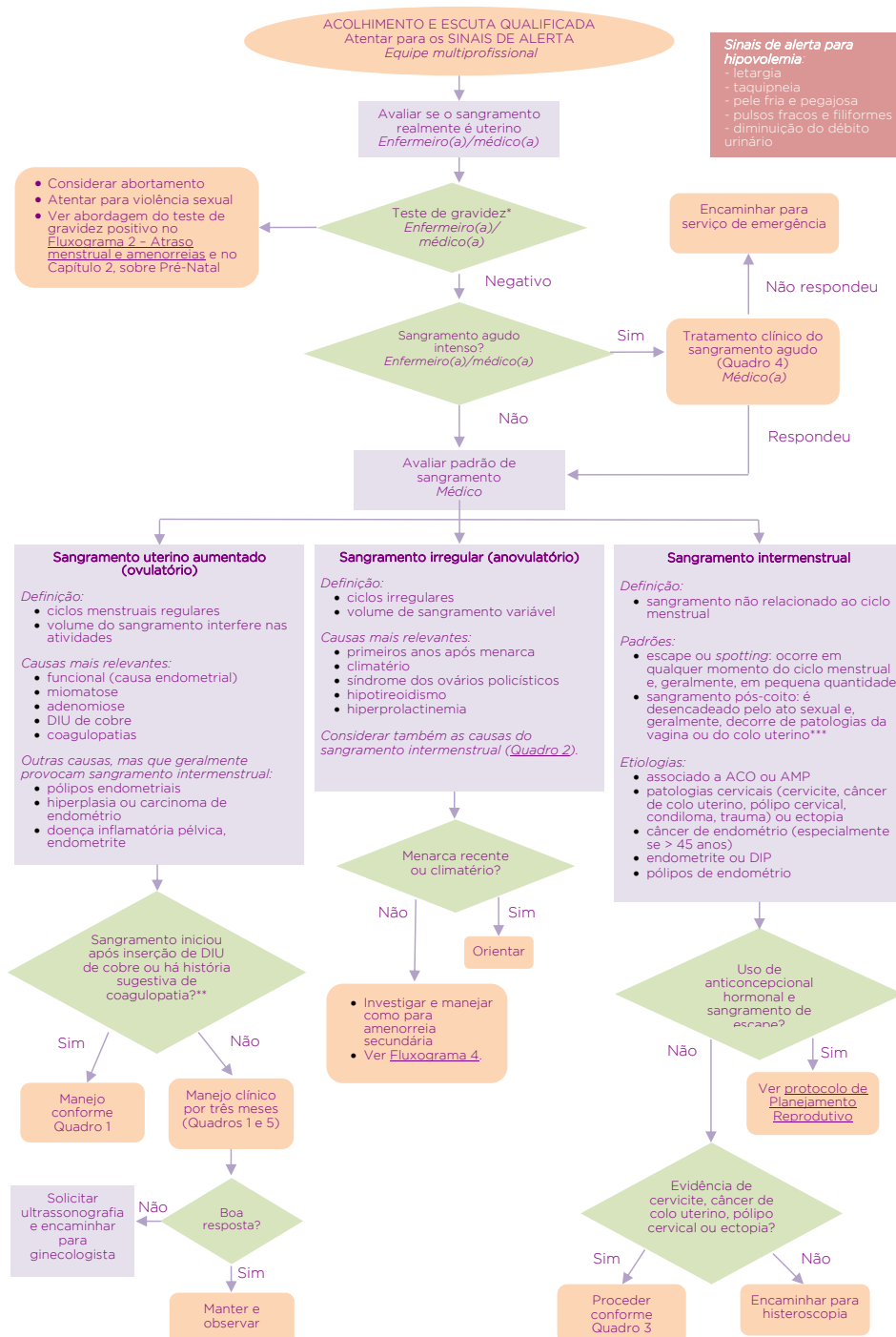
- 15 – BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <<http://goo.gl/8p7xHp>>. Acesso em: 21 set. 15.
- 16 – WERNECK, M. A. F.; FARIA H. P.; CAMPOS, K. F. P. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2009.

PARTE 1 - ATENÇÃO AOS PROBLEMAS/QUEIXAS MAIS COMUNS EM SAÚDE DAS MULHERES

1 PROBLEMAS RELACIONADOS À MENSTRUACÃO

1.1 Sangramento uterino anormal

Fluxograma 1 – Sangramento uterino anormal



* Para mais informações sobre o teste de gravidez, ver Fluxograma 2 – Atraso menstrual e amenorreias.

** Sangramento uterino aumentado desde a menarca OU história familiar de coagulopatia OU múltiplas manifestações hemorrágicas.

*** Patologias da vagina não foram incluídas no fluxograma, por não serem de origem uterina. Incluem trauma, vaginose, vaginite atrófica e carcinoma.

1.1.1 Padrões de sangramento e manejo das diferentes causas de sangramento uterino

Quadro 1 – Sangramento uterino aumentado: ciclos regulares, porém prolongados ou intensos* Obs.: Podem estar presentes sintomas relacionados à menstruação

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
Funcional (causa endometrial, anteriormente denominado sangramento uterino disfuncional)	Decorre de alterações na hemostasia endometrial, não estando associado à lesão orgânica. Podem também estar presentes miomas ou outras alterações anatômicas como achado casual, sem estes serem a causa do sangramento. Por esse motivo, o sangramento uterino aumentado geralmente é tratado clinicamente como sendo de causa funcional antes de proceder à investigação de lesões orgânicas.	Manejo clínico, conforme Quadro 5.
Miomatose uterina**	- Os miomas que estão associados a sangramento uterino geralmente são submucosos. - Suspeitado pelo padrão de sangramento e pelo volume uterino aumentado na palpação. - Diagnóstico pela ultrassonografia.	- Inicialmente manejo clínico para sangramento funcional (ver Quadro 5). - Tratar anemia, se houver. - Se refratário, encaminhar para avaliação ginecológica quanto à indicação de cirurgia. - Para a decisão sobre tratamento cirúrgico, considerar tempo esperado até a menopausa, quando os sintomas regredirem.
Adenomiose**	- Frequentemente se acompanha de dismenorreia ou dor pélvica crônica. - Suspeitado pelo padrão de sangramento e pelo volume uterino aumentado na palpação. - Diagnóstico suspeitado pela ultrassonografia, porém apenas confirmado no anatomopatológico.	- Inicialmente manejo clínico (ver Quadro 5). - Tratar anemia, se houver. - Se refratário, encaminhar para avaliação ginecológica quanto à indicação de cirurgia. - Para a decisão sobre tratamento cirúrgico, considerar tempo esperado até a menopausa, quando os sintomas regredirem.
DIU de cobre	Mais intenso nos primeiros três meses após a inserção, acompanhado de dismenorreia.	- Orientar. - Se necessário, associar AINE nos primeiros meses durante o sangramento menstrual. - Se persistente, considerar remover o DIU.
Coagulopatias	- Suspeitar em mulheres com sangramento uterino aumentado desde a adolescência, com história familiar de coagulopatias ou com história de hemorragia pós-parto ou sangramentos frequentes (epistaxe, equimoses, sangramento gengival etc.). - Testes iniciais: hemograma, plaquetas, TP e TTPa.	Se exames alterados, encaminhar ao hematologista para investigação adicional.

Notas:

* Outras causas possíveis, mas que geralmente se manifestam como sangramento intermenstrual, são: pólipos endometriais, hiperplasia ou carcinoma de endométrio, endometrite e doença inflamatória pélvica.

** Se boa resposta ao tratamento farmacológico, não há relevância clínica em diferenciar entre miomatose e adenomiose.

Quadro 2 – Sangramento uterino irregular: ciclos irregulares, geralmente sem sintomas relacionados à menstruação, volume do sangramento variável*

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
Primeiros anos após menarca	Padrão menstrual muito frequente em adolescentes nos primeiros anos após a menarca, frequentemente acompanhado de dismenorreia.	Muitas vezes, apenas orientar já é suficiente. Se dismenorreia muito intensa, considerar associar AINE durante a menstruação. Oferecer contraceptivo oral combinado, respeitando os critérios de elegibilidade, para regularização da menstruação, especialmente se a adolescente já tiver iniciado vida sexual. Se não houver vida sexual, considerar oferecer contraceptivo oral combinado por 3-6 meses para regularização dos ciclos. Ver capítulo 3, sobre Planejamento Reprodutivo .
Climatério	Padrão menstrual dos anos que antecedem a menopausa. Avaliar probabilidade de climatério. Ver protocolo de Climatério .	Orientar. Atentar para o manejo clínico de outros sintomas relacionados ao climatério. Ver Protocolo de Climatério. Se sangramento aumentado, considerar iniciar contraceptivo oral na pré-menopausa, respeitando os critérios de elegibilidade. Ver capítulo 3, sobre Planejamento Reprodutivo .
Síndrome dos ovários policísticos (SOP)	Suspeitar na presença de ciclos menstruais irregulares, associados ou não a sobrepeso/obesidade, com sinais de hiperandrogenismo (acne, hirsutismo, alopecia androgenética). No ultrassom transvaginal, podem-se identificar microcistos no ovário.	Orientar atividade física regular e reeducação alimentar, estimulando a perda de peso. Mesmo não havendo perda de peso, pode já haver benefícios. Se houver plano de engravidar, ver capítulo 3, sobre Planejamento Reprodutivo . Se não houver plano de engravidar, considerar iniciar contraceptivo oral combinado. Identificar outras manifestações da SOP que estejam incomodando a paciente (p. ex., acne, alopecia androgenética) e oferecer acompanhamento destas.
Hipotireoidismo	Pesquisar outros sintomas de hipotireoidismo. TSH aumentado e T4 livre diminuído. Considerar também hipotireoidismo subclínico se houver sintomas de hipotireoidismo e TSH aumentado, porém o T4 livre for normal.	Reposição de levotiroxina.
Hiperprolactinemia	Suspeitar se história de amenorreia ou de ciclos menstruais irregulares. Associado ou não à galactorreia. Considerar aumentada, se > 40 ng/mL. Considerar fármacos que podem aumentar a prolactina (p. ex., fenotiazínicos, antidepressivos, metoclopramida). Ver fluxograma de descarga papilar.	Se confirmada hiperprolactinemia e afastadas causas iatrogênicas, encaminhar para endocrinologista ou ginecologista.

Nota: * Se não se encaixar de forma evidente em um desses diagnósticos, considerar também as causas de sangramento intermenstrual.

Quadro 3 – Sangramento uterino intermenstrual: sangramento uterino não associado à menstruação – Padrões mais frequentes são escape e sangramento pós-coito

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
Associado a anticoncepcional oral combinado	Sangramento no padrão escape (<i>spotting</i>), caracterizado por pequenos sangramentos sem relação com o ciclo menstrual. É mais frequente nos primeiros três meses de uso e quando utilizados anticoncepcionais orais com doses mais baixas de estrogênio.	Ver capítulo 3, sobre Planejamento Reprodutivo . Se ocorrer após uso prolongado do anticoncepcional, avaliar adesão e considerar outras possíveis causas de sangramento de escape.
Associado à medroxiprogesterona de depósito	No início do uso do acetato de medroxiprogesterona de depósito, pode haver sangramento. Além disso, frequentemente há sangramento de escape, especialmente nos primeiros anos de uso.	Ver capítulo 3, sobre Planejamento Reprodutivo .
Patologias cervicais e ectopia	Geralmente, o padrão de sangramento é pós-coito. O câncer de colo uterino, em alguns casos, também pode se manifestar como sangramento de escape. A inspeção do colo uterino a olho nu durante o exame especular geralmente é suficiente para identificar patologias cervicais que resultam em sangramento.	Se identificada cervicite, manejar conforme Fluxograma 7 – Corrimento vaginal e cervicites . Se identificada ectopia, orientar que se trata de causa fisiológica. Se identificado pólio ou alteração sugestiva de câncer de colo uterino, encaminhar para ginecologista.
Patologias do endométrio (pólio, hiperplasia, câncer)	Geralmente, o padrão de sangramento é <i>spotting</i> , mas pode se manifestar como sangramento pós-coito. O diagnóstico, muitas vezes, é feito pela ultrassonografia, mas, geralmente, a mulher deve ser encaminhada para histeroscopia diagnóstica.	Encaminhar para histeroscopia.
Doença inflamatória pélvica	Geralmente, mas nem sempre, está associada à dor pélvica, febre e/ou sangramento pós-coito, intermenstrual ou do padrão de sangramento uterino aumentado ovulatório. Ao exame, o colo uterino frequentemente está friável, com secreção sugestiva de cervicite e dor à mobilização do colo.	Ver protocolo de Dor Pélvica .

Quadro 4 – Manejo clínico do sangramento uterino agudo intenso*

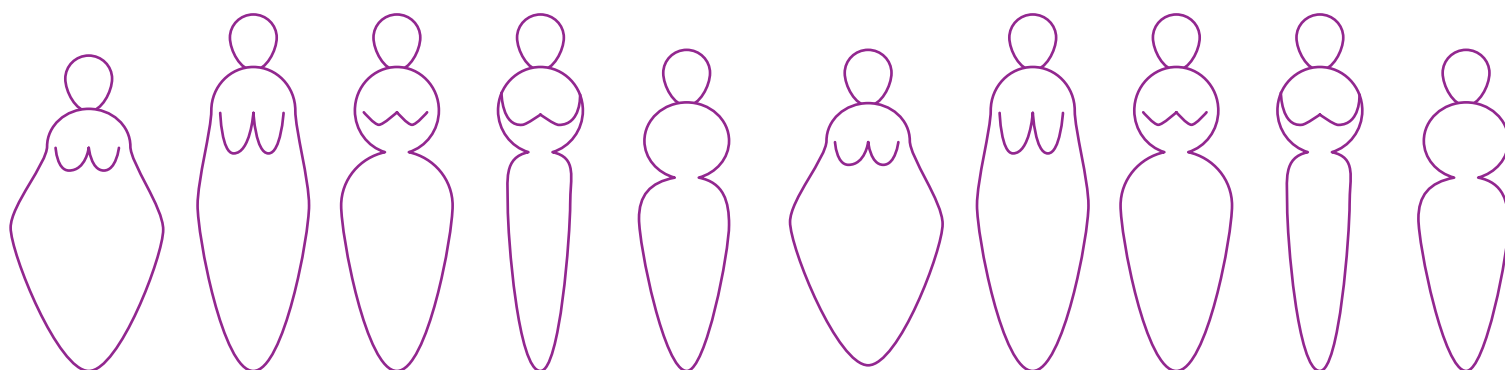
AGENTE	POSOLOGIA	CONTRAINDICAÇÕES
Estradiol ou estrogênio conjugado	- Estradiol, 1 mg, 4 a 8 comprimidos por dia, podendo ser tomados em dosagem única diária ou fracionados. - Estrogênio conjugado 0,625 mg, 4 a 8 cápsulas por dia, podendo tomar em dosagem única diária ou fracionados.	Doença ativa ou histórico de doença tromboembólica arterial ou tromboembolismo venoso, disfunção ou doença hepática ativa ou crônica, distúrbios trombofílicos conhecidos.
Anticoncepcional oral combinado (30 a 50 ug de etinilestradiol)	1 comprimido, de 6/6 horas, até cessar o sangramento. A partir de então, 1 por dia.	História de trombose arterial ou venosa, migrânea com aura, <i>diabetes mellitus</i> com alterações vasculares, doença hepática grave.
AINE	600 mg de ibuprofeno ou 50 mg de diclofenaco, de 8/8 horas, por 4 dias, a partir do primeiro dia da menstruação.	História de úlcera péptica ativa, uso concomitante de anticoagulantes, distúrbios da coagulação, doença renal.
Ácido tranexâmico	500 mg, de 8/8 horas, até cessar o sangramento. Máximo de 7 dias.	Coagulação intravascular ativa, vasculopatia oclusiva aguda e em pacientes com hipersensibilidade aos componentes da fórmula.

Nota: * Embora não estudado adequadamente, podem-se associar diferentes opções farmacológicas para o controle do sangramento uterino.

Quadro 5 – Manejo clínico do sangramento uterino aumentado crônico de padrão ovulatório*

AGENTE	POSOLOGIA	REDUÇÃO ESPERADA NO SANGRAMENTO	CONTRAINDICAÇÕES
Anti-inflamatório não esteroide (p. ex., ibuprofeno ou diclofenaco)	• 600 mg de ibuprofeno ou 50 mg de diclofenaco, de 8/8 horas, por 4 dias, a partir do primeiro dia da menstruação.	49%	História de úlcera péptica ativa, uso concomitante de anticoagulantes, distúrbios da coagulação, doença renal.
Ácido tranexâmico	• 250 mg a 1 g, de 6/6 a 12/12 horas, por 4 dias, a partir do primeiro dia da menstruação.	58%	Coagulação intravascular ativa, vasculopatia oclusiva aguda e em pacientes com hipersensibilidade aos componentes da fórmula.
Anticoncepcional oral combinado (30 a 50 ug de etinilestradiol)	• 1 cápsula ao dia, por 21 dias.	43%	História de trombose arterial ou venosa, migrânea com aura, <i>diabetes mellitus</i> com alterações vasculares, doença hepática grave.
Acetato de medroxiprogesterona oral	• 10 mg/dia do 5º ao 26 dia.	83%	Presença ou histórico de tromboflebite, distúrbios tromboembólicos e cerebrovasculares. Insuficiência hepática grave. Presença ou suspeita de neoplasia mamária ou de órgãos genitais.
Acetato de medroxiprogesterona injetável de depósito	• 150 mg a cada três meses.	Amenorreia	Idem ao anterior.
DIU com liberação de levonorgestrel	• Intrauterino.	95%	-

Nota: * Embora não estudado adequadamente, podem-se associar diferentes opções farmacológicas para o controle do sangramento uterino.



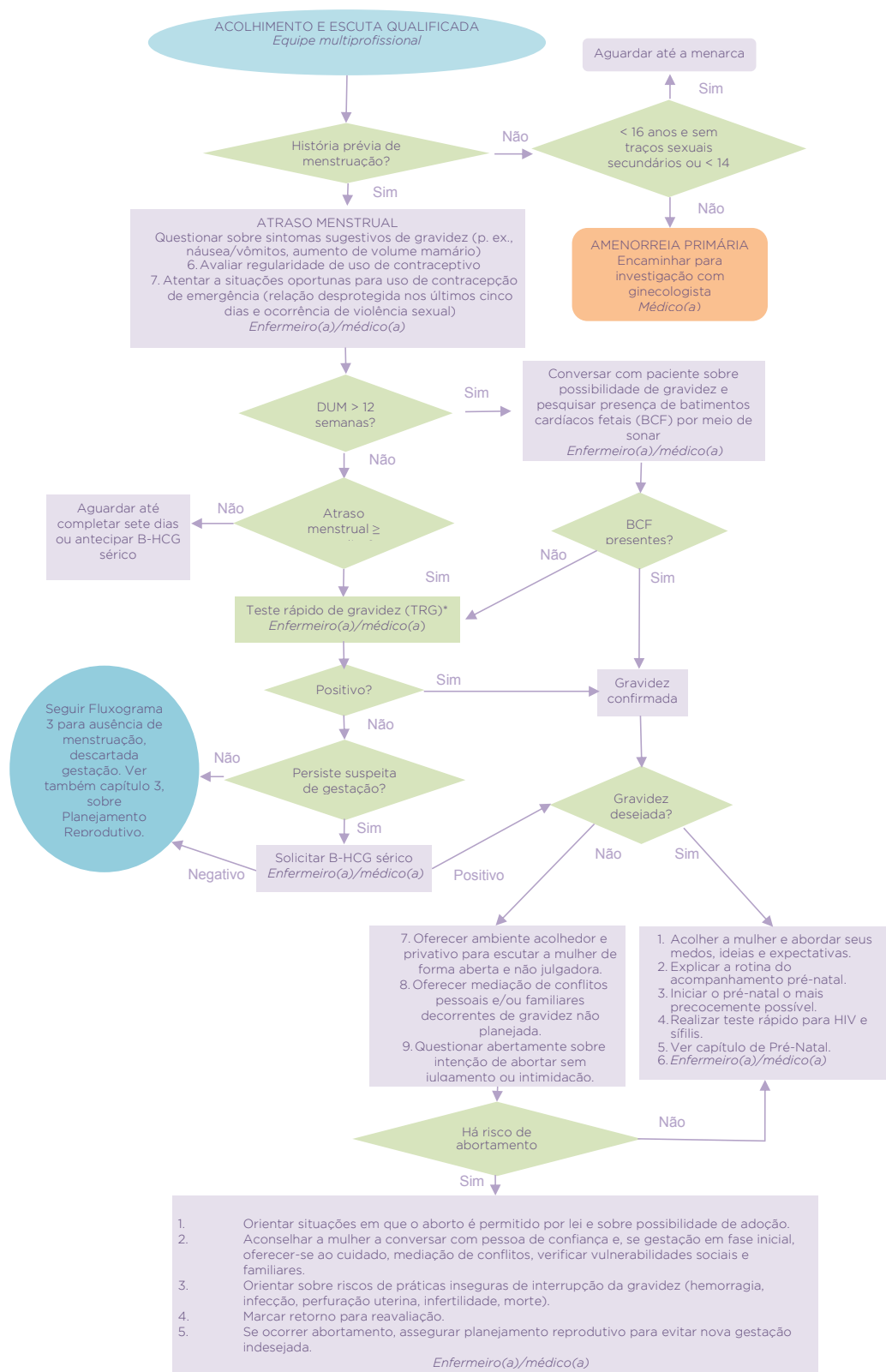
REFERÊNCIAS

- 1 – JAMES, A. H. et al. Evaluation and management of acute menorrhagia in women with and without underlying bleeding disorders: consensus from an international expert panel. **European Journal of Obstetrics and Gynecology**, Philadelphia, v. 158, n. 2, p. 124-134, 2011.
- 2 – PESSINI, S. A. Sangramento uterino anormal. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- 3 – AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. **Obstet Gynecol**, v. 120, n. 1, p. 197-206, 2012. (Practice Bulletin, n. 128)
- 4 – BIRNBAUM, S. L. Approach to the woman with abnormal vaginal bleeding. In: GOROLL, A. H.; MULLEY JR, A. G. **Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient**. 7th ed. Hanover: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
- 5 – MAZZA, D. **Women' health in general practice**. 2nd ed. Chastwood: Elsevier, 2011.
- 6 – RYDEN, J.; BLUMENTHAL, P. D. **Practical gynecology: a guide for the primary care physician**. 2nd edition. American College of Physicians, 2009. (ACP Women's health series)
- 7 – SHARMA, A. **Gynecology in primary care: a practical guide**. London: Radcliffe Medical Publishing, 2013.
- 8 – KAUNITZ, A. M. **Approach to abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age women**. Waltham: UpToDate, 15 Aug. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/3fyekV>>. Acesso em: 9 mar. 2015.
- 9 – KAUNITZ, A. M. **Differential diagnosis of genital tract bleeding in women**. Waltham: UpToDate, 15 Aug. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/sjOIRg>>. Acesso em: 9 mar. 2015.

1.2 Atraso menstrual e amenorreias

1.2.1 Atraso menstrual

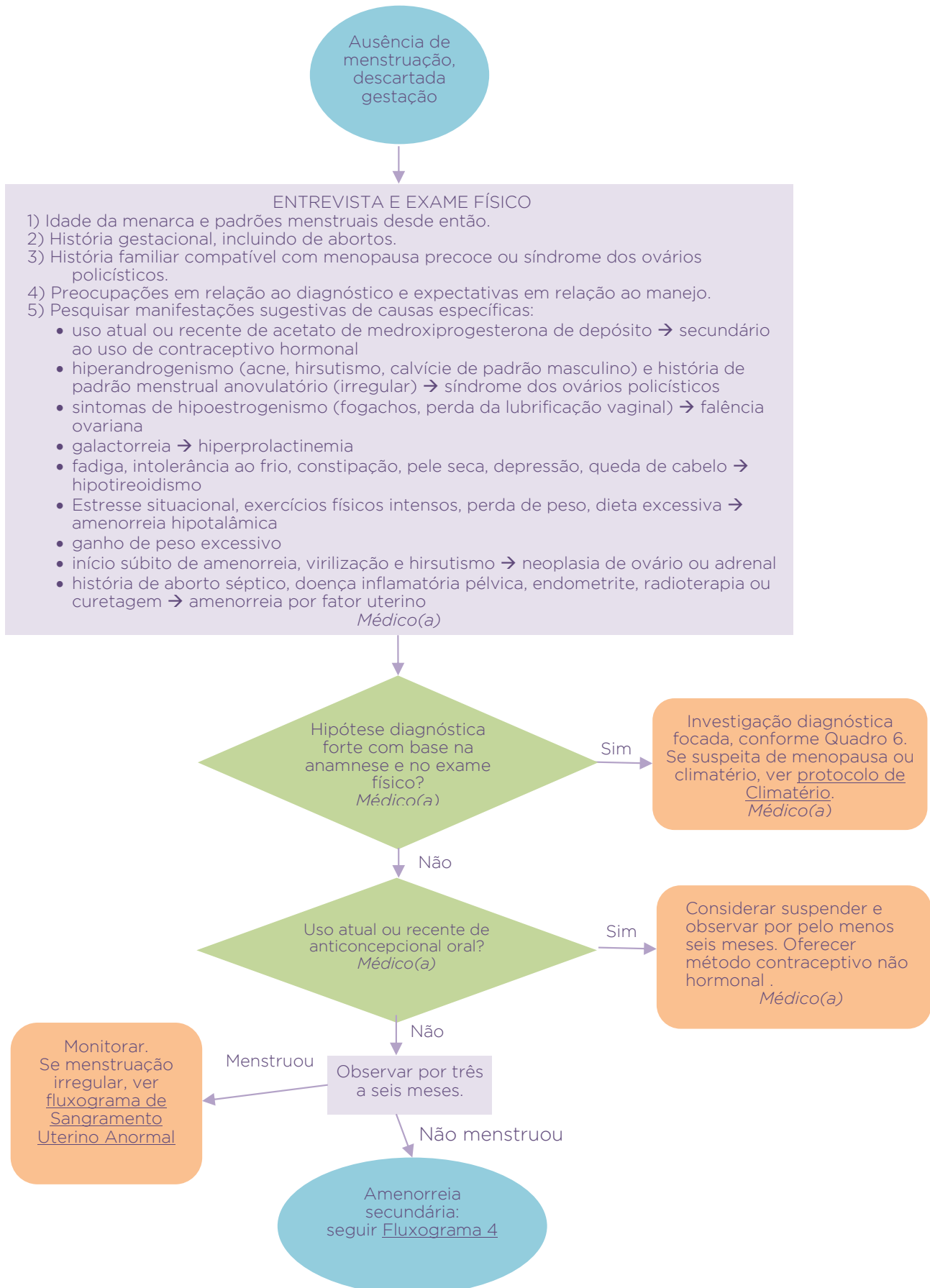
Fluxograma 2 – Atraso menstrual e amenorreias



* O teste rápido pode ser realizado dentro ou fora da unidade de saúde. O acesso é livre, e a entrega do insumo pode ser feita à mulher adulta, jovem, adolescente ou à parceria sexual. Deve-se realizar aconselhamento pré e pós-teste

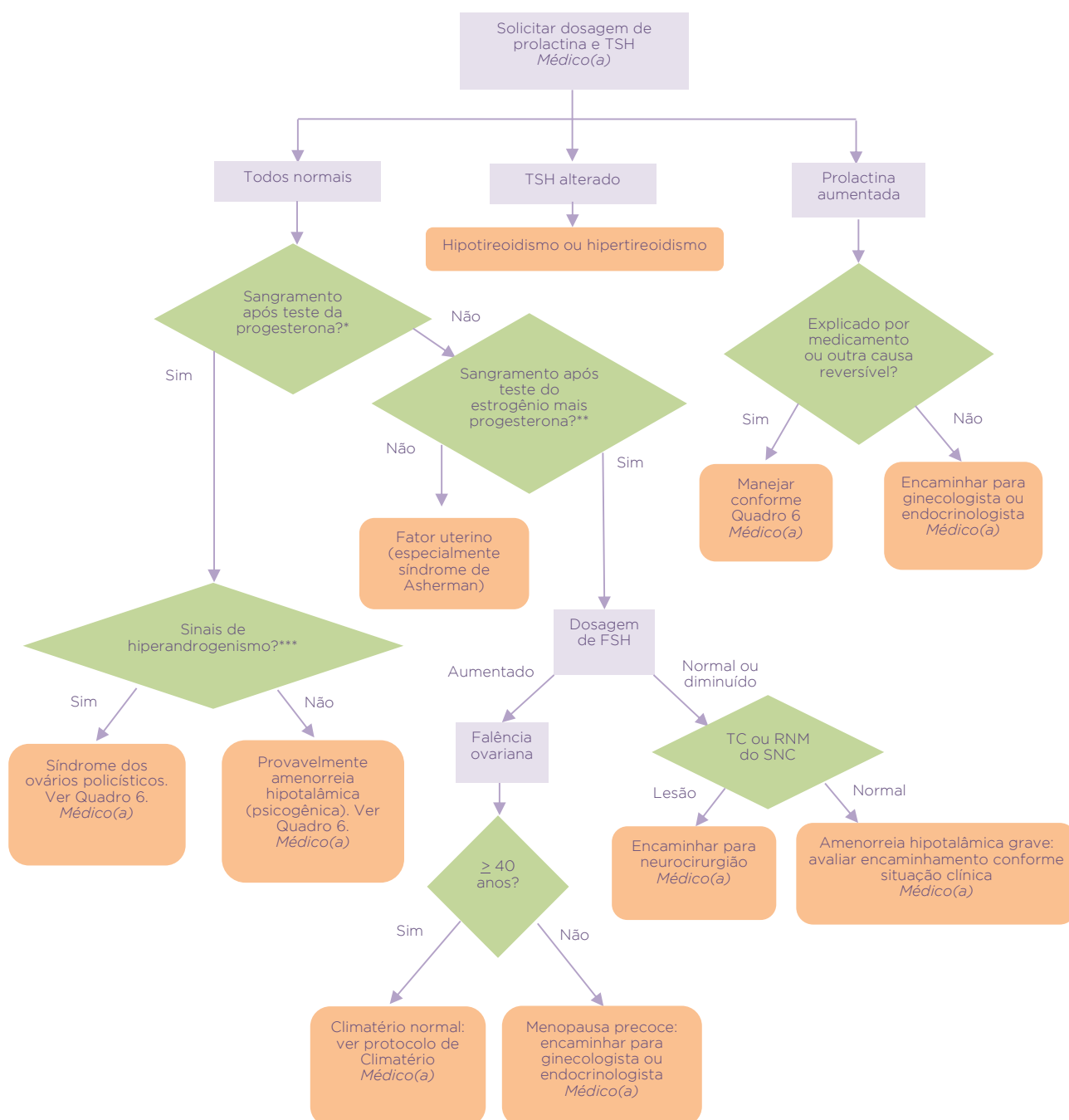
1.2.2 Ausência de menstruação, descartada gestação

Fluxograma 3 – Ausência de menstruação, descartada gestação



1.2.3 Amenorreia secundária sem causa evidente na avaliação clínica inicial

Fluxograma 4 – Amenorreia secundária sem causa evidente na avaliação clínica inicial



Notas:

* Acetato de medroxiprogesterona, 5 a 10 mg/dia, durante 5 a 10 dias, por via oral. Se houver sangramento entre 3 e 10 dias após o término da medicação, isso indica que a paciente tem secreção estrogênica adequada e não apresenta obstrução do trato genital. Portanto, o hipogonadismo é normogonadotrófico e a alteração é apenas na pulsatilidade.

** Etinilestradiol, 30 ug, + levonorgestrel por 21 dias. Se não houver sangramento após o término da medicação, isso sugere fortemente obstrução do trato genital.

*** Acne, pele oleosa, calvície de padrão masculino, hirsutismo.

Observação: geralmente se sugere observar por seis meses antes de se iniciar esse fluxograma diagnóstico. Pode-se antecipar a aplicação do fluxograma se história prévia de amenorreia ou de sangramento uterino irregular.

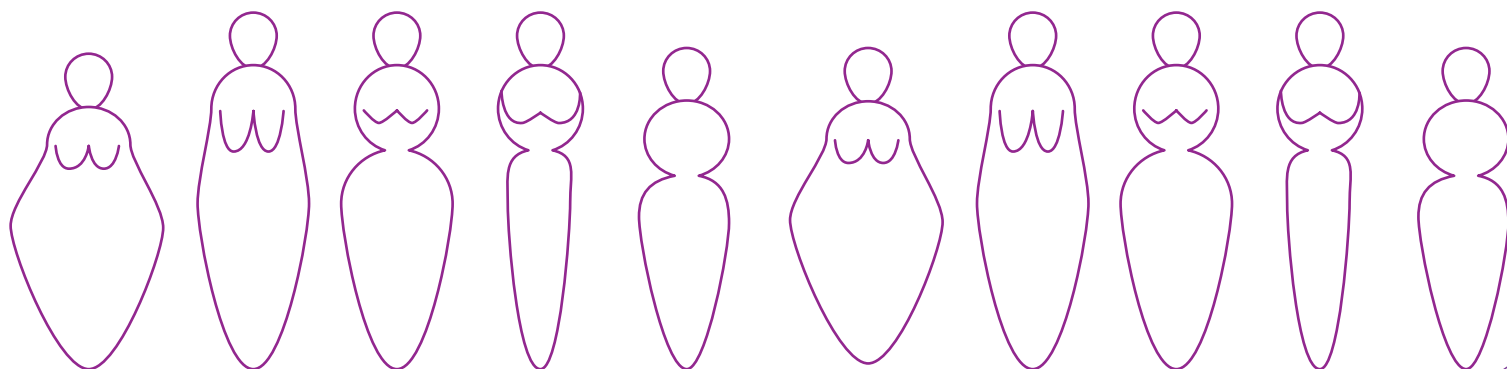
Quadro 6 – Atraso menstrual e amenorreias

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
Amenorreia devido ao uso de anticoncepcionais	Há controvérsia em relação à associação de anticoncepcionais orais com amenorreia, porém se sugere suspender o uso caso esta ocorra. O acetato de medroxiprogesterona de depósito causa amenorreia na maioria das mulheres após seis meses de uso. Essa amenorreia é reversível após a suspensão da medroxiprogesterona.	Deve-se considerar suspender temporariamente o anticoncepcional. A menstruação geralmente retorna após dois meses da cessação do uso do anticoncepcional oral, mas pode ser necessário esperar até seis meses para que isso ocorra. Após a interrupção do uso da medroxiprogesterona de depósito, pode ser necessário até um ano para retorno da menstruação. Deve-se oferecer outro método contraceptivo para evitar gestação indesejada.
Amenorreia hipotalâmica	Associada a estresse situacional, exercício físico excessivo, perda de peso ou doença concomitante. No teste da progesterona, geralmente, há sangramento após o término da medicação. Entretanto, em casos mais graves, o hipoestrogenismo pode ser tão acentuado que não há sangramento após o teste da progesterona. Diagnóstico diferencial principal com síndrome dos ovários policísticos, feito pela ausência de manifestações androgênicas. Quando não há sangramento após o teste da progesterona, é preciso descartar doença neoplásica do sistema nervoso central por exame de imagem antes de fazer o diagnóstico de amenorreia hipotalâmica.	Oferecer apoio psicossocial focado no estresse situacional e na melhoria da capacidade de resolução de problemas pode ser suficiente nos casos leves. Se necessário, solicitar apoio do matriciamento em saúde mental. Casos mais graves, especialmente se envolverem transtornos alimentares, são mais bem manejados por equipe especializada multidisciplinar.
Síndrome dos ovários policísticos	Suspeitar na presença de ciclos menstruais irregulares, associados ou não a sobrepeso/ obesidade, com sinais de hiperandrogenismo (acne, hirsutismo, alopecia androgenética). No ultrassom transvaginal, podem-se identificar microcistos no ovário.	Orientar perda de peso. O exercício físico é especialmente importante, trazendo benefícios mesmo se não houver perda de peso. Se houver plano de engravidar, ver o capítulo 3, sobre Planejamento Reprodutivo . Se não houver plano de engravidar, considerar iniciar contraceptivo oral combinado de acordo com critérios de elegibilidade. Identificar outras manifestações da SOP que estejam incomodando a paciente (p.ex., acne, alopecia androgenética) e oferecer acompanhamento delas.
Falência ovariana	Correlacionar com outros sintomas compatíveis com hipoestrogenismo, como fogachos e perda da lubrificação vaginal. O FSH costuma estar aumentado e o estradiol, diminuído; entretanto a dosagem desses hormônios nem sempre é adequada para avaliar falência ovariana, pois pode haver variação nos níveis hormonais de um mês para o outro.	Orientar. Atentar para o manejo clínico de outros sintomas relacionados à falência ovariana. Se idade < 40 anos, encaminhar para ginecologista ou endocrinologista para avaliar menopausa precoce. Caso contrário, ver protocolo de Climatério .
Hiperprolactinemia	Suspeitar se história de amenorreia ou ciclos menstruais irregulares. Associado ou não à galactorreia. Considerar aumentada se > 40 ng/ml. Considerar fármacos que podem aumentar a prolactina (p. ex., fenotiazínicos, antidepressivos, metoclopramida). Ver fluxograma de Descarga Papilar .	Se confirmada hiperprolactinemia e afastadas causas iatrogênicas, encaminhar para endocrinologista ou ginecologista.

continua

conclusão

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
Hipotireoidismo	Pesquisar sintomas de hipotireoidismo. Diagnosticado por TSH aumentado e T4 livre diminuído. Considerar também hipotireoidismo subclínico se houver sintomas de hipotireoidismo e TSH aumentado, porém o T4 livre for normal.	Reposição de levotiroxina.
Neoplasia de ovário ou adrenal	Início súbito de amenorreia, virilização e hirsutismo. Atentar para sinais sistêmicos como perda ponderal, aumento de volume abdominal, entre outros.	Encaminhar para avaliação especializada com urgência, conforme fluxo local.
Tumores do sistema nervoso central	O mais comum é o prolactinoma, que pode ser suspeitado pela elevação da prolactina. Outras causas são tumores hipofisários secretores de hormônios, craniofaringioma, germinoma, hamartoma, teratomas e carcinomas metastáticos.	Para seu diagnóstico, deve-se solicitar tomografia computadorizada ou ressonância magnética, geralmente em nível secundário ou terciário.
Fator uterino (obstrução do trato genital)	A causa mais comum é a síndrome de Asherman, caracterizada por sinéquias decorrentes de curetagem, cirurgia ou infecção uterina. Pode também ser causada por estenose cervical. Uma forma de confirmar a obstrução do trato genital é realizando o teste do estrogênio + progesterona.	Encaminhar para ginecologista para avaliação.

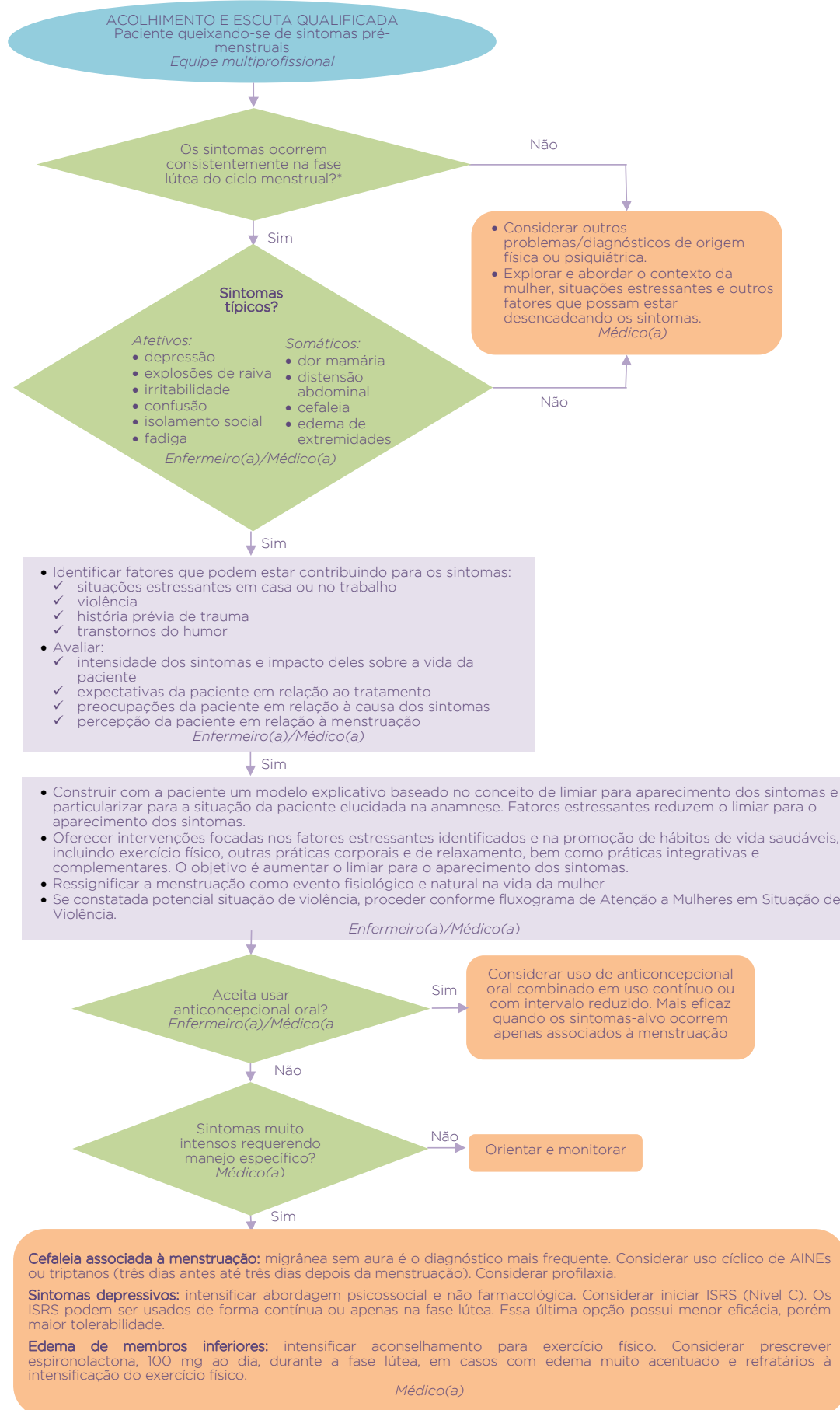


REFERÊNCIAS

- 1 – CORLETA, H. V. E.; SCHMID, H. Amenorreia. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- 2 – BIRNBAUM, S. L. Evaluation of secondary amenorrhea. In: GOROLL, A. H.; MULLEY JR, A. G. **Primary care medicine**: office evaluation and management of the adult patient. 7th ed. Hanover: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
- 3 – MAZZA, D. **Women' health in general practice**. 2nd ed. Chastwood: Elsevier, 2011.
- 4 – RYDEN, J.; BLUMENTHAL, P. D. **Practical gynecology**: a guide for the primary care physician. 2nd ed. Philadelphia: American College of Physicians, 2009. (ACP Women's health series)
- 5 – SHARMA, A. **Gynecology in primary care**: a practical guide. London: Radcliffe Medical Publishing, 2013.
- 6 – WELT, C. K.; BARBIERI, R. L. **Etiology, diagnosis and treatment of secondary amenorrhea**. Waltham: UpToDate, 15 Aug. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/5IKUCi>>. Acesso em: 9 mar. 2015.

1.3 Sintomas pré-menstruais

Fluxograma 5 – Sintomas pré-menstruais



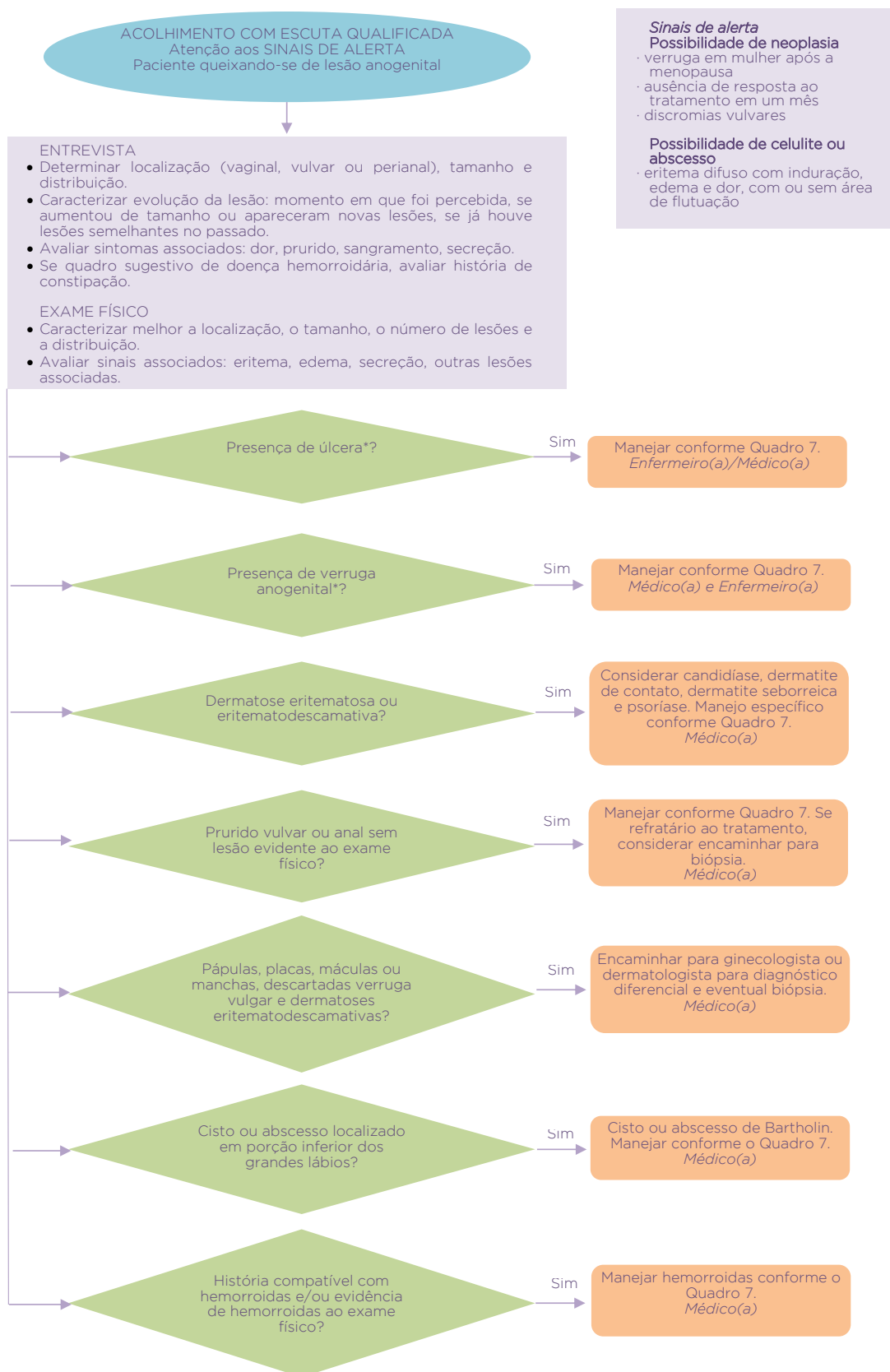
REFERÊNCIAS

- 1 – MAZZA, D. **Women' health in general practice**. 2nd ed. Chastwood: Elsevier, 2011.
- 2 – RYDEN, J.; BLUMENTHAL, P. D. **Practical gynecology**: a guide for the primary care physician. 2nd ed. Philadelphia: American College of Physicians, 2009. (ACP Women's health series.)
- 3 – SHARMA, A. **Gynecology in primary care**: a practical guide. London: Radcliffe Medical Publishing, 2013.

2 LESÃO ANOGENITAL

2.1 Avaliação inicial da queixa de lesão anogenital

Fluxograma 6 – Avaliação inicial da queixa de lesão anogenital



* O diagnóstico de corrimento necessita da avaliação do conteúdo vaginal (teste de pH, teste de aminas e microscopia) e, se não houver disponibilidade destes recursos, o tratamento terá de se basear nas características do corrimento, mas ressalte-se que a predição é baixa e as chances de erro aumentam.

Quadro 7 – Avaliação inicial da queixa de lesão anogenital

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Úlcera genital	Se paciente sexualmente ativa, considerar as principais causas de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Considerar diagnósticos diferenciais com outras doenças ulcerativas infecciosas e não infecciosas. Coletar material para microscopia (Gram e Giemsa) e campo escuro, sempre que laboratório disponível. Tratar conforme agente etiológico identificado (ver colunas <i>O que fazer</i> e <i>Quem faz</i>). Se laboratório não disponível, tratar conforme história clínica e exame físico (ver colunas <i>O que fazer</i> e <i>Quem faz</i>): • se história de vesículas dolorosas e/ou visualização de parede rota de vesícula, tratar herpes genital; • se não for caso evidente de herpes simples, tratar empiricamente como sífilis primária e cancro mole (cancroide); • se úlcera com mais de quatro semanas, tratar sífilis, cancro mole e donovanose; • se úlcera persistente ou irresponsiva ao tratamento, encaminhar para biópsia.	Orientações gerais: fornecer informações sobre as ISTs e sua prevenção, ofertar testes para HIV, sífilis, hepatite B, gonorréia e clamídia (quando disponíveis); ofertar preservativos e gel lubrificante; ofertar vacinação contra hepatite B.	Equipe multiprofissional
		Ofertar profilaxia pós-exposição sexual para o HIV, quando indicado; notificar o caso; convocar e tratar parcerias sexuais.	Enfermeiro(a)/Médico(a)
		Se úlcera sintomática, podem ser necessários analgesia e cuidados locais, com compressas frias, analgésicos ou anti-inflamatórios tópicos ou orais e banhos perineais.	Enfermeiro(a)/Médico(a)
		Herpes simples: primeira infecção pode se beneficiar de tratamento com aciclovir, 400 mg, 3x/dia (ou 200mg 5x/dia), por 7 dias. Em casos recorrentes, pode ser necessário tratamento com aciclovir, 400 mg, 3x/dia, por 5 dias, a partir do início dos pródromos. Se seis ou mais episódios por ano, considerar tratamento supressivo contínuo, com aciclovir, 400 mg, 2x/dia (realizar controle laboratorial de funções renal e hepática). Gestantes: tratar o primeiro episódio, em qualquer idade gestacional, conforme o tratamento das primoinfecções.	Médico(a)
		Sífilis: realizar teste rápido para sífilis, solicitar VDRL e tratar com penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo); Alternativa (exceto para gestantes): doxiciclina 100mg, 2x/dia, por 15 dias. Gestantes alérgicas à penicilina devem ser encaminhadas para dessensibilização em serviço terciário de referência.	Enfermeiro(a)/Médico(a)
		Cancro mole (cancroide): tratamento em dose única com azitromicina 1g, VO, OU ceftriaxona 250mg, IM, OU ciprofloxacino 500mg, VO	Enfermeiro(a)/Médico(a)
Verruga anogenital	As lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se na vulva, períneo, região perianal, vagina e/ou colo. Mais comum em pacientes jovens. Se diagnosticada após a menopausa, encaminhar para biópsia para descartar neoplasia.	Referenciar em casos especiais: gestantes, crianças, imunossuprimidos, doença disseminada ou verrugas de grande volume.	Médico(a) e Enfermeiro(a)*
		Se lesão única ou poucas lesões, especialmente se assintomáticas, considerar apenas observar a evolução.	
Dermatose eritematosa ou eritemato-descamativa	Considerar candidíase, dermatite seborreica e psoríase. Na presença de candidíase, frequentemente, há corrimento branco e grumoso e intenso prurido, e o eritema é mais intenso. Em caso de dermatite seborreica ou de psoríase, geralmente há lesões em outras localizações. Na dermatite de contato, frequentemente, mas nem sempre, o desencadeante é evidente.	Uma opção terapêutica viável na Atenção Básica é aplicar nos condilomas ácido tricloroacético a 80%-90% em solução alcoólica, em pequena quantidade, com cotonete, <i>microbrush</i> ou escova endocervical montada com algodão. Ao secar, a lesão ficará branca. Se dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão ou bicarbonato de sódio ou talco. Repetir semanalmente se necessário. Se refratário ao tratamento com ácido tricloroacético, encaminhar para ginecologista.	Médico(a)
		Para tratamento da candidíase vulvovaginal, ver fluxograma de corrimento vaginal. A dermatite de contato responde ao uso de corticoide tópico, à remoção do agente causal e aos cuidados gerais descritos no Quadro-Síntese (3.2). Tratamento da dermatite seborreica e da psoríase está fora do escopo deste protocolo.	

continua

conclusão

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Máculas, manchas, pápulas e placas, de diferentes colorações, com ou sem atrofia	Descartadas verruga vulgar e as dermatoses eritematodescamativas listadas no item anterior, o diagnóstico diferencial é extenso, destacando-se líquen plano, líquen escleroso e as neoplasias intraepiteliais vulvares.	Encaminhar ao dermatologista ou ao ginecologista para diagnóstico diferencial e eventual biópsia. O líquen plano e o líquen escleroso se beneficiam de acompanhamento especializado a longo prazo.	Médico(a)
Cisto e abscesso de Bartholin	A glândula de Bartholin está localizada no terço interior dos grandes lábios. Quando seu ducto é obstruído, forma-se um cisto, geralmente assintomático, podendo eventualmente se manifestar como desconforto ou mesmo dor ao sentar ou nas relações sexuais. O cisto pode se complicar com abscesso, que se manifesta como massa quente, dolorida à palpação, flutuante. A dor costuma ser intensa, podendo ser limitante para as atividades.	Se assintomático ou com sintomas leves, orientar quanto à benignidade do quadro e observar, tratando os sintomas com banhos de assento e analgésicos simples. Se cisto de Bartholin sintomático, encaminhar ao ginecologista para cirurgia de marsupialização. Em caso de abscesso, está indicada a drenagem ou aspiração, que pode ser feita na APS. Usar antibióticos apenas se suspeita de IST, presença de abscesso ou em caso de recorrência.	Médico(a)
Prurido vulvar ou anal sem lesão evidente ao exame físico	O prurido vulvar ou anal tem etiologia multifatorial. As causas podem ser infecciosas, alérgicas, traumáticas, neoplásicas, associadas a doenças dermatológicas, entre outros. No prurido vulvar, um fator frequentemente associado são alterações hormonais. Muitas vezes, não é identificada causa evidente.	Deve-se realizar anamnese e exame físico cuidadosos para identificar uma causa passível de manejo específico. Orientações gerais de higiene e de remoção de agentes que podem causar prurido devem ser enfatizadas.	Médico(a)
Hemorroidas	É o ingurgitamento e extravasamento de plexos vasculares na submucosa do canal anal. Os principais fatores de risco são constipação, esforço evacuatório prolongado e gestação. Se proximal à linha pectínea, a hemorroida é denominada interna; se distal, externa; se ambos estiverem presentes, é denominada mista. As hemorroidas internas não costumam ser dolorosas, geralmente se manifestando clinicamente por sangramento e/ou prolapso, quando se exteriorizam. A hemorroida externa se apresenta como nódulo palpável distal à linha pectínea. Na hemorroida externa, o principal motivo de consulta é quando ocorre a formação de trombo, que se manifesta com dor intensa e nódulo doloroso de coloração azulada.	Casos leves de hemorroida interna respondem bem à dieta rica em fibras e líquido e redução do esforço evacuatório. Devem-se estimular banhos de assento pelo menos 3x/dia e desestimular o uso de papel higiênico. Em casos de sangramento em pacientes acima dos 50 anos, considerar encaminhar para investigação de câncer de cólon e reto. Em caso de trombo hemorroidário, é possível realizar a trombectomia na Atenção Básica. Caso o médico não esteja apto a realizá-la, pode-se fazer manejo expectante com analgesia ou encaminhar a paciente para serviço de emergência.	Médico(a)

Nota * O(A) enfermeiro(a) devidamente capacitado, e mediante o estabelecimento de protocolo institucional local, poderá executar o tratamento das lesões condilomatosas com ácido tricloroacético a 80%-90% em solução alcoólica, nas situações clínicas em que haja previsão do uso deste produto. ⁹

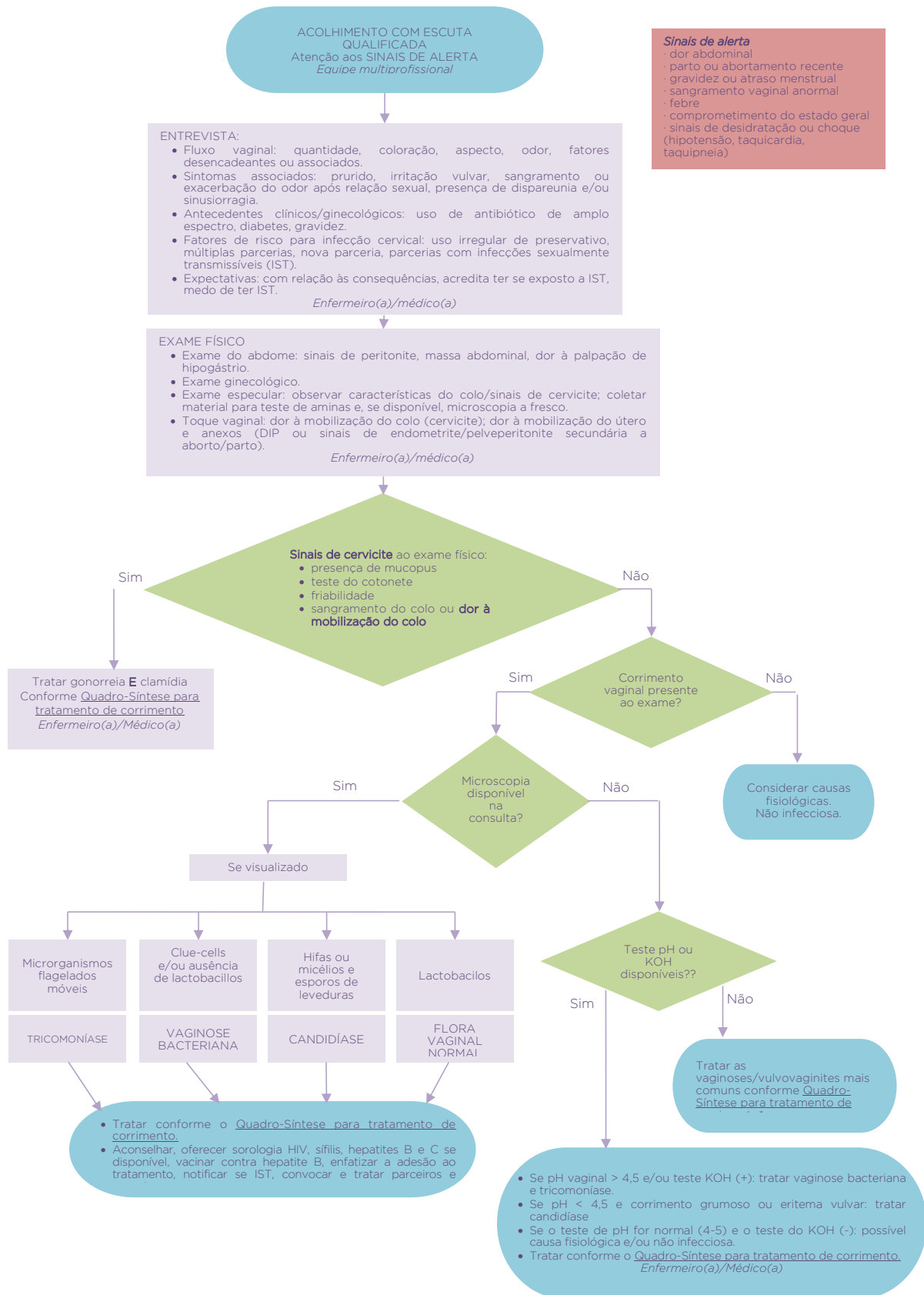
REFERÊNCIAS

- 1 – DAMIN, D.C. Problemas orificiais. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- 2 – NAUD, P.; MATOS, J. C.; MAGNO, V. Secreção vaginal e prurido vulvar. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- 3 – MAZZA, D. **Women' health in general practice**. 2nd edition. Chastwood: Elsevier, 2011.
- 4 – RYDEN, J.; BLUMENTHAL, P. D. **Practical gynecology**: a guide for the primary care physician. 2nd edition. Philadelphia: American College of Physicians, 2009. (ACP Women's health series)
- 5 – SHARMA, A. **Gynecology in primary care**: a practical guide. London: Radcliffe Medical Publishing, 2013.
- 6 – MARGESSON, L. J.; LYNCH, P. J.; HAEFNER, H. K. **Vulvar lesions**: differential diagnosis based on morphology. Waltham: UpToDate, 15 Aug. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/wzZtmp>>. Acesso em: 9 mar. 2015.
- 7 – MARGESSON, L. J.; LYNCH, P. J.; HAEFNER, H. K. **Vulvar lesions**: diagnostic evaluation. Waltham: UpToDate, 15 Aug. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/VURRmU>>. Acesso em: 9 mar. 2015.
- 8 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, 2015.
- 9 – BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer nº 33/2014/COFEN/CTLN**. Solicitação de profissional referente legalidade da aplicação de ácido tricloroacético na concentração de 50% a 80% em lesões condilomatosas, por enfermeiro. Disponível em: <<http://goo.gl/mngUfb>>. Acesso em: 21 set. 2015.

3 CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITES 1, 2, 3, 4, 5, 8

3.1 Corrimento vaginal e cervicites

Fluxograma 7 – Corrimento vaginal e cervicites



3.2 Quadro-síntese para tratamento de corrimento vaginal e cervicite^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8}

CAUSA		COMO IDENTIFICAR/AVALIAR				O QUE FAZER		
	Agente etiológico	Características clínicas	Teste de apoio diagnóstico	Orientações	Tratamento medicamentoso	Alternativa	Gestante/nutrizes	Observações
Mucorri​ea	Fisiológico	No exame especular, mostra ausência de inflamação vaginal e muco claro e límpido.	- Exame de microscopia a fresco sem alterações inflamatórias, número de leucócitos normais. - O pH normal, entre 4,0 e 4,5.	Orientar sobre a fisiologia normal da vagina e as relações com a idade e oscilações hormonais.	-	-	-	-
Vaginose citolítica	Síndrome de crescimento excessivo do <i>lactobacillus</i> ou citólise de Döderlein	- Prurido vaginal; - Queimação vaginal; - Dispareunia; - Disúria terminal; - Corrimento branco abundante (piora na fase lútea).	- Exame de microscopia a fresco: aumento no número de lactobacilos e escassez de leucócitos; - Evidência de citólise; - O pH entre 3,5 e 4,5.	Ducha vaginal com bicarbonato (4 xícaras água morna com 1-2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio), 2x/ semana, a cada 2 semanas.	-	-	-	O tratamento é dirigido no sentido de reduzir o número de lactobacilos elevando-se o pH vaginal.
Candidiase vulvovaginal	<i>Candida spp</i> <i>Candida albicans</i> (é a mais frequente)	- Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do útero; - Sem odor; - Prurido vaginal intenso; - Edema de vulva; - Hiperemia de mucosa; - Dispareunia de introito.	- pH vaginal < 4,5; testes das aminas negativos; - Na microscopia a fresco: presença de hifas ou micélios birrefringentes e esporos de leveduras; - Leucócitos frequentes.	Orientar medidas higiênicas: - uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar a ventilação e diminuir umidade na região vaginal); - evitar calças apertadas; - retirar roupa íntima para dormir.	A primeira escolha é a via vaginal: - Miconazol creme a 2% – um aplicador (5 g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; OU - Clotrimazol creme a 1% – um aplicador (5 g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; ou óvulos 100 mg – um aplicação à noite, ao deitar-se, dose única; OU - Tioconazol creme a 6% – um aplicador (5 g) à noite, por 7 dias; ou óvulos 300 mg – uma aplicação à noite, dose única; OU - Nistatina 100.000 UI – um aplicador à noite, ao deitar-se, por 14 dias. Avia oral deve ser reservada para os casos de candidiase resistente ao tratamento tópico: - Fluconazol, 150 mg, VO, dose única; OU - Itraconazol, 200 mg, VO, a cada 12 horas, por 1 dia.	- Miconazol creme a 2% – um aplicador (5 g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; OU - Nistatina 100.000 UI – um aplicador à noite, ao deitar-se, por 14 dias; OU - Clotrimazol também é uma opção para gestantes e nutrízes.	A candidiase recorrente (quatro ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para cândida, visando à identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais – reforçar medidas higiênicas, investigar doenças imunossupressoras.	

continua

continuação

CAUSA		COMO IDENTIFICAR/AVALIAR			O QUE FAZER			
	Agente etiológico	Características clínicas	Teste de apoio diagnóstico	Orientações	Tratamento medicamentoso	Alternativa	Gestante/nutrizes	Observações
Vaginose bacteriana	<i>Gardnerella vaginalis</i> <i>Mobiluncus sp</i> <i>Bacteroides sp</i> <i>Mycoplasma hominis</i> <i>Peptococcus</i> e outros anaeróbios	- Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual. - Sem sintomas inflamatórios.	- pH vaginal superior a 4,5; - Teste das aminas positivo; - Liberação de odor fétido com KOH a 10%; <i>Clue cells</i>; - Leucócitos escassos; - Corrimento homogêneo e fino.		- Via oral: Metronidazol, 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias; OU - Via intravaginal: Metronidazol gel vaginal, 100mg/g, 1 aplicador (5 g), 1x/dia, por 5 dias; OU - Clindamicina creme 2%, 1 aplicador (5 g), 1x/dia, por 7 dias.	- Via oral: Clindamicina, 300 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias; OU - Via intravaginal: Clindamicina óvulos, 100 mg, 1x/dia, por 3 dias.	- Via oral (independentemente da idade gestacional e nutrizes): Metronidazol, 250 mg, VO, a cada 8 horas, por sete dias; OU Metronidazol, 500 mg, via oral, a cada 12 horas, por sete dias; OU Clindamicina, 300 mg, VO, a cada 12 horas, por sete dias. - Via intravaginal: Clindamicina óvulos, 100 mg, 1x/dia, por três dias OU Metronidazol gel a 0,75%, 1 aplicador (5 g), 1x/dia, por cinco dias.	- O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. - Orientar quanto ao efeito <i>antibiose</i> – não fazer uso de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento. - Puérperas e nutrizes: mesmo esquema terapêutico das gestantes.

continua

conclusão

CAUSA		COMO IDENTIFICAR/AVALIAR			O QUE FAZER		
Agente etiológico	Características clínicas	Teste de apoio diagnóstico	Orientações	Tratamento medicamentoso	Alternativa	Gestante/nutrizes	Observações
Tricomoníase <i>Trichomonas vaginalis</i>	• Secreção vaginal amarelado-esverdeada, bolhosa e fétida. • Outros sintomas: prurido intenso, edema de vulva, dispareunia, colo com petéquias e em "framboesa". • Menos frequente: disúria.	• No exame a fresco, presença de protozoário móvel e leucócitos abundantes; • Teste das aminas negativo ou fracamente positivo; • pH vaginal > 4,5.	• Fornecer informações sobre as IST e sua prevenção. • Ofertar testes para HIV, sífilis, hepatite B, gonorreia e clamídia (quando disponíveis).	• Metronidazol, 2 g, VO, dose única; OU • Metronidazol, de 400 a 500 mg, VO, a cada 12 horas, por sete dias; OU • Metronidazol, 250 mg, VO, a cada 8 horas, por sete dias; OU • Secnidazol, 2 g, VO, dose única; OU • Tinidazol, 2 g, VO, dose única	Via oral (independentemente da idade gestacional e nutrizes): • Metronidazol, 2 g, VO, dose única; OU • Metronidazol, 250 mg, VO, a cada 8 horas, por sete dias; OU • Metronidazol, de 400 a 500 mg, via oral, a cada 12 horas, por sete dias	• Orientar quanto ao efeito <i>antabuse</i> e o uso de álcool com todas as três drogas – não fazer uso de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento • TODOS os parceiros devem ser tratados com dose única • Atenção: 50% dos casos são assintomáticos	
Gonorreia <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	• As cervicites são assintomáticas em torno de 70% a 80% dos casos. • Nos sintomáticos : - Queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia e disúria.	• Devido ao grande número de mulheres assintomáticas e a baixa sensibilidade das manifestações clínicas nas cervicites, "na ausência de laboratório, a principal estratégia de manejo das cervicites por clamídia e gonorreia é o tratamento das parcerias sexuais de homens portadores de uretrite".⁸ • O diagnóstico laboratorial da cervicite causada por <i>C. trachomatis</i> deve ser feito por biologia molecular e/ou cultura. Para diagnóstico da cervicite gonocócica, proceder à cultura em meio seletivo, a partir de amostras endocervicais e uretrais.⁸	• Ofertar preservativos e gel lubrificante. • Ofertar vacinação contra Hepatite B. • Ofertar profilaxia pós-exposição sexual para o HIV, quando indicado. • Convocar e tratar as parcerias sexuais.	• Ciprofloxacina, 500 mg, VO, dose única (não recomendado para menores de 18 anos); OU • Ceftriaxona, 500 mg IM, dose única.	• Ceftriaxona, 400 mg, dose única; OU • Espectrinomicina, 2 g IM, dose única; OU • Ampicilina, 2 ou 3 g + Probenecida, 1 g, VO, dose única; OU • Tienfenicol, 2,5 g, VO, duas doses, a cada 12 horas.	• Primeira escolha: • Ceftriaxona, 500 mg IM, dose única • Segunda escolha: • Espectrinomicina, 2 g IM, dose única OU • Ampicilina 2 ou 3 g + Probenecida, 1 g, VO, dose única OU • Cefixima, 400 mg, dose única	• TODOS os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única • Devido à possibilidade de coinfeção e desenvolvimento da doença infecciosa pélvica, justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos. • As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.
Clamídia <i>Chlamydia trachomatis</i>			Notificação das IST, conforme a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. As demais, se considerado conveniente, notificar de acordo com a lista estabelecida nos estados/municípios.	• Azitromicina, 1 g, VO, dose única; OU • Doxiciclina, 100 mg, VO, 2x/dia, por 7 a 10 dias.	• Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada 6 horas, por 7 dias; OU • Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 14 dias; OU • Ofloxacina, 200 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias; OU • Ofloxacina, 400 mg, VO, 1x, por 7 dias OU • Tetraciclina, 500 mg, VO, a cada 6 horas, por 7 dias.	• Primeira escolha: • Azitromicina, 1 g, VO, dose única. • Segunda escolha: • Amoxiciclina, 500 mg, VO, a cada 8 horas, por 7 dias; OU • Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada seis horas, por 7 dias OU • Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 14 dias.	

Fonte: adaptado de Naud et al.²

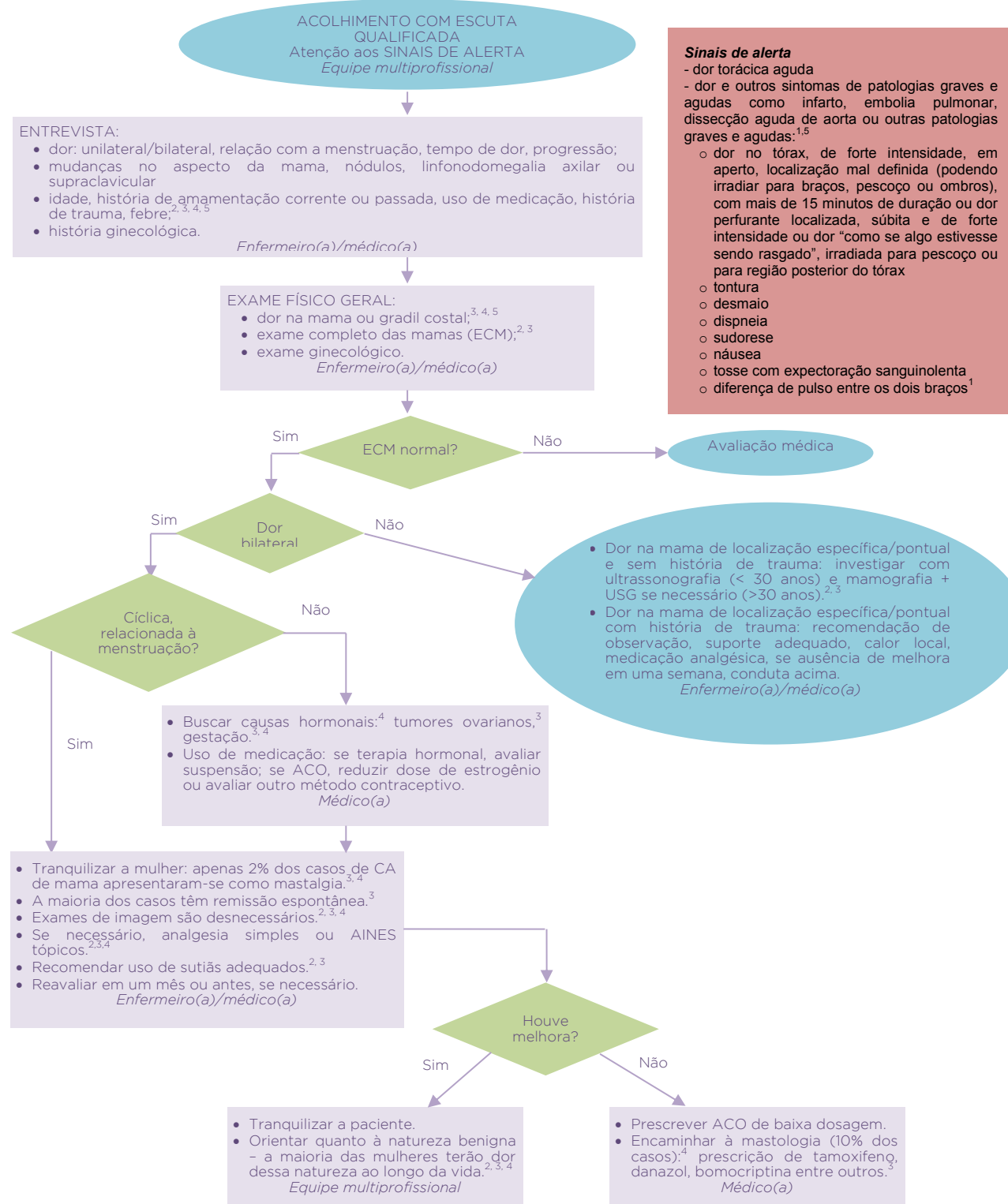
REFERÊNCIAS

- 1 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2005.
- 2 – BRASIL. Ministério da Saúde. **HIV/aids, hepatites e outras DST**. Brasília, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 18)
- 3 – NAUD, P et al. Secreção vaginal e prurido vulvar. In: DUNCAN, Bruce B; SCHIMIDT, Maria Ines; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 460-464.
- 4 – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Centers for Disease Control and Prevention. **Sexually Transmitted Diseases**. Treatment Guidelines, 2010. Atlanta, 2010. (Morbidity and Mortality Weekly Report – MMWR, v. 59, n. RR-12). Disponível em: <<http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/STD-Treatment-2010-RR5912.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2014.
- 5 – MENEZES, R. A. Corrimento vaginal. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.1019-1026.
- 6 – SOUTH AFRICA. The National Department of Health. **Primary Care 101 Guideline 2013/14**. Symptom-based integrated approach to the adult in primary care. Cape Town, 2013.
- 7 – SURESH, A. et al. Cytolytic vaginosis: a review. **Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and Aids**, Mumbai, v. 30, n. 1, p. 48-50, Jan.-Jun. 2009.
- 8 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)**: atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília, 2015.

4 PROBLEMAS NA MAMA

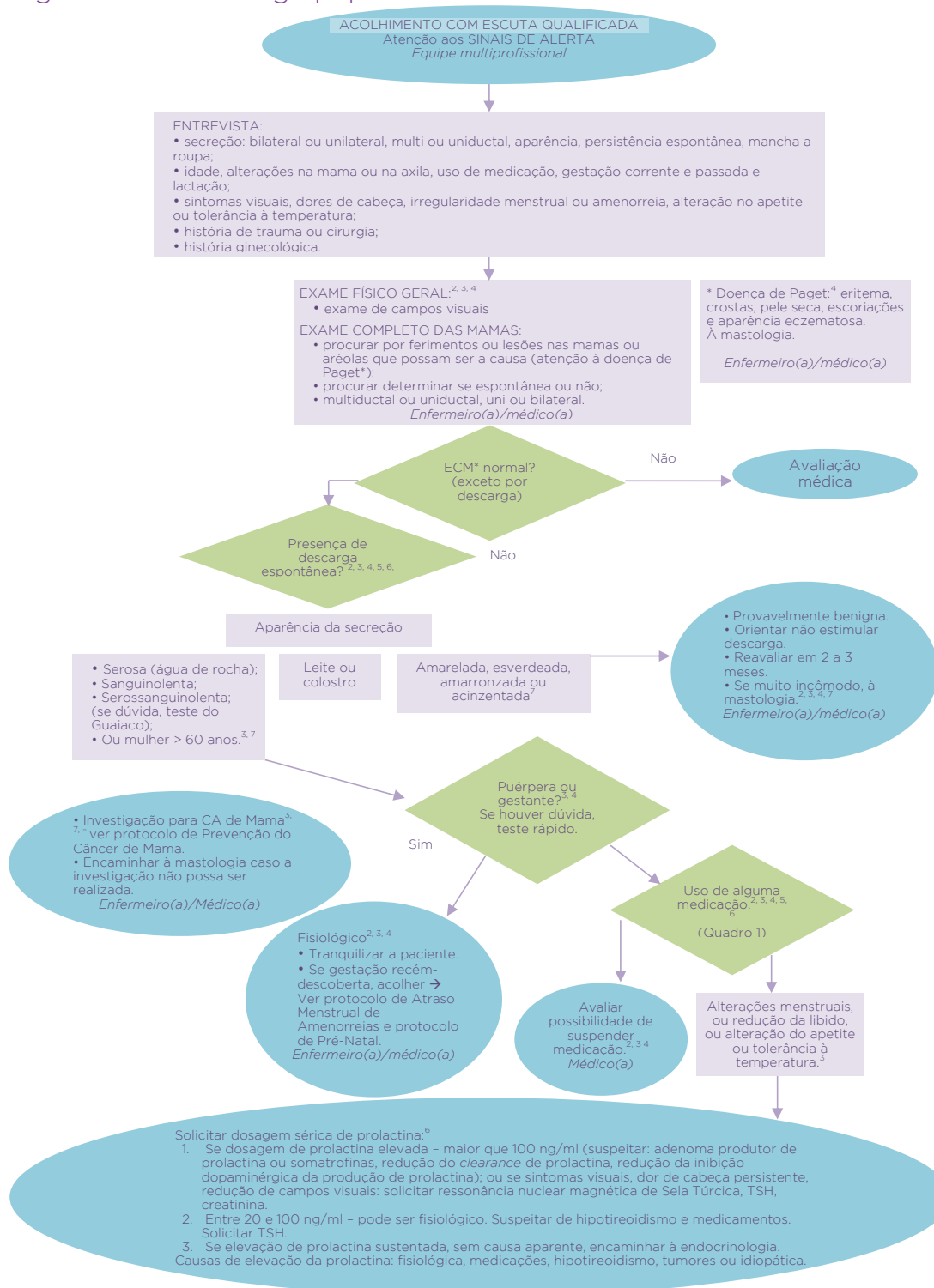
4.1 Mastalgia

Fluxograma 8 – Mastalgia



4.2 Descarga papilar

Fluxograma 9 – Descarga papilar



LISTA 1³ – Medicamentos com alto risco de causar aumento da prolactina:

- Antipsicóticos:
 - Típicos: haloperidol, clorpromazina, tioridazina, tiotixeno.
 - Atípicos: risperidona, aminosulpirida, molindona, zotepine.
 - Antidepressivos tricíclicos: amitriptilina, demipramina, clomipramina, amoxapina.
 - ISRS: sertralina, fluoxetina, paroxetina, i-mao, pargilina, clogilina.
 - Outros psicotrópicos: buspirona e alprazolam.
 - Antieméticos: metoclopramida e domperidona.
 - Anti-hipertensivos: metildopa, reserpina, verapamil.
 - Opiáceos: morfina.
 - Antagonistas H2: cimetidina e ranitidina.
 - Outros: fenfluramina, fisostigmina, quimioterápicos.
- Obs.: anticoncepcionais orais não causam aumento significativo, mas a presença de estrogênio aumenta a sensibilidade aos estímulos físicos de sucção.

Causas de descarga:^{3, 4}

- Fisiológicas ou patológicas não mamárias:
 - descarga leitosa ou aquosa bilateral;
 - idiopática 40%-50%, galactorreia 20%-30%, medicação 10%-45%, associada à irregularidade menstrual: síndrome anovulatória 1%-2%, lesões de sela túrcica 1% a 2%.
- Patológicas da mama:
 - papiloma intraductal (44% dos casos): 45-50 anos de idade, 95% uniductal e unilateral, 20% a 50% dos casos têm derrame serossanguinolento;^{3, 4}
 - pode ser multifocal e conter hiperplasia e células atípicas, aumentando risco de CA de mama nesses casos;
 - ectasia ductal (15%-20% dos casos): > 50 anos, secreção opalescente;^{3, 4}
 - câncer de mama (10% a 15% dos casos): normalmente associado à massa e unilateral.

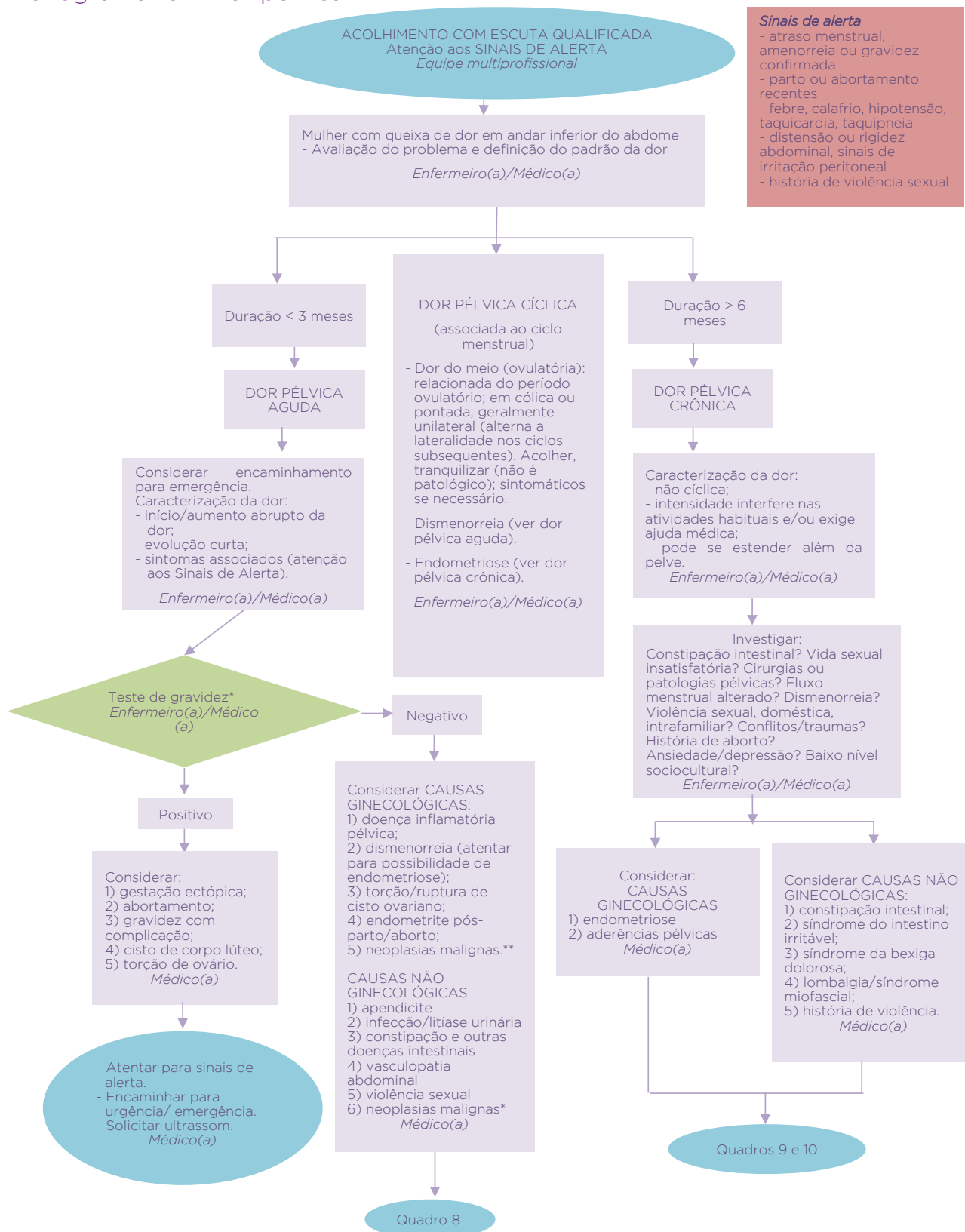
REFERÊNCIAS

- 1 – MAYO CLINIC. **Chest pain**: first aid. Scottsdale: Mayo Clinic, [s.d.]. Disponível em: <<http://goo.gl/CjljUb>>. Acesso em: 13 out. 2014.
- 2 – SALZMAN, B.; FLEEGLE, S.; TULLY, A. S. Common breast problems. **American Family Physician**, Leawood, v. 86, n. 4, p. 343-349, Aug. 2012.
- 3 – MAZZA, D. **Women's health in general practice**. 2. ed. Chatswood: Elsevier, 2011. cap. 11: Breast problems.
- 4 – POLMEAR, A. (Org.). **Evidence-based diagnosis in primary care**: practical solutions to common problems. London: Elsevier, 2008. cap. 3: Breast problems.
- 5 – GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2, cap. 117: Problemas da mama.
- 6 – DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. H.; GIUGLIANI, E. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre, Artmed, 2013.
- 7 – AUSTRALIA. Cancer Australia. **The investigation of a new breast symptom**. A guide for general practitioners. Strawberry Hills, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/SemvBu>>. Acesso em: 18 out. 2014.

5 DOR PÉLVICA

5.1 Dor pélvica: aguda, crônica e cíclica

Fluxograma 10 – Dor pélvica



* Sobre Teste Rápido de Gravidez, ver a Nota Técnica da Rede Cegonha de 12 de dezembro de 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_teste_rapido_gravidez_ab.pdf>.

** Perda ponderal, comprometimento do estado geral, sangramento urogenital ou gastrointestinal.

Quadro 8 – Dor pélvica aguda: como identificar e como manejar as principais causas ginecológicas e não ginecológicas

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Causas ginecológicas	Critérios diagnósticos (três critérios maiores + um critério menor OU um critério elaborado): Critérios maiores: - dor no hipogástrio; - dor à palpação dos anexos; - dor à mobilização de colo uterino. Critérios menores: - temperatura axilar > 37,5°C ou temperatura oral > 38,3°C; - conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal; - massa pélvica; - mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice; - leucocitose em sangue periférico; - proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada; - comprovação laboratorial de infecção cervical pelo gonococo, clamídia ou micoplasmas. Critérios elaborados: - evidência histopatológica de endometrite - presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem - laparoscopia com evidência de DIP Outros sintomas: sangramento vaginal anormal de pouca quantidade (<i>spotting</i>), dispareunia, descarga vaginal.¹¹	O tratamento antimicrobiano deve ser iniciado imediatamente para evitar sequelas ao aparelho reprodutor. • Casos leves: ESQUEMA 1: Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única + Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias + Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias ESQUEMA 2: Cefotaxima 500mg, IM, dose única + Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias + Metronidazol 500 mg VO de 12/12 horas, por 14 dias - Repouso relativo, abstinência sexual, sintomáticos. - Em caso de quadro abdominal grave (irritação peritoneal); febre > 37,5° C; gravidez, abscesso tubo-ovariano, ausência de resposta ao tratamento ambulatorial – encaminhar para referência hospitalar. - Enfatizar a adesão ao tratamento, notificar, convocar e tratar parceiros* e agendar retorno. - DIU não precisa ser removido (caso exista indicação, a remoção deve ser realizada somente após as duas primeiras doses do esquema terapêutico. Oferecer métodos contraceptivos alternativos). - As duchas vaginais não estão recomendadas. Exames complementares: - oferecer anti-HIV, VDRL, hepatites B e C se disponível, vacinar contra hepatite B; - hemograma, proteína C reativa, VHS; - bacterioscopia (vaginose bacteriana), cultura de material da endocérvice (clamídia e gonococo); - teste de gravidez (diferenciar de gestação ectópica); - ultrassom transvaginal para avaliar suspeita de abscesso tubo-ovariano.¹¹	Médico (a)

continua

continuação

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Dismenorria	- Cólica menstrual (em alguns casos, intensa, com repercussão gastrintestinal). - Caráter cíclico.	- Estilo de vida saudável, atividade física regular; - Anti-inflamatórios não hormonais: podem ser iniciados 2 a 3 dias antes do período menstrual e mantidos durante a menstruação (evitar uso superior a 7 dias) – ibuprofeno 600mg ou diclofenaco 50 mg, de 8/8 horas; piroxican 20 mg ou nimesulida 100 mg de 12/12 horas; - Antiespasmódicos e analgésicos, se necessário: escopolamina 10 mg, de 6/6 horas; dipirona ou paracetamol 500 mg 6/6 horas.	Enfermeiro(a)/ Médico(a)
Torção/ruptura de cisto ovariano	- Quadro de abdome agudo, com irritação peritoneal. - Atentar para sinais de alerta.	- Encaminhar para serviço de urgência/emergência; - Provável quadro cirúrgico; - Exames complementares no serviço de urgência: hemograma, ultrassom transvaginal.	Médico (a)
Endometrite pós-parto/aborto	- Sangramento e/ou corrimento com odor fétido - Comprometimento do estado geral – atentar para sinais de alerta.	- Encaminhar para hospital de referência – provável internação para antibioticoterapia venosa; - Exames complementares no serviço de urgência: hemograma, Ultrassom transvaginal para avaliar presença de restos ovulares ou placentários.	Médico (a)

continua

conclusão

CAUSA		COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Causas não ginecológicas	Apendicite	- Quadro de abdome agudo, com irritação peritoneal. - Dor iniciada em região epigástrica/periumbilical e evolui para dor localizada em fossa ilíaca direita. - Alteração de ritmo intestinal; náuseas/vômitos - Comprometimento do estado geral, febre.	- Encaminhar para serviço de referência em cirurgia geral.	Médico (a)
	Infecção/litíase urinária	- Disúria, polaciúria, poliúria. - Hematúria. - Dor lombar associada. - Comprometimento do estado geral.	- Hidratação, sintomáticos; - Antibioticoterapia. Exames complementares: - Hemograma, EAS, urocultura, considerar realização de tomografia na presença de hematúria	Enfermeiro (a)/Médico (a) - Ver fluxograma 14, de Queixas Urinárias
	Constipação intestinal e outras doenças intestinais	- Ritmo intestinal não diário, fezes ressecadas. - Presença de muco ou sangue nas fezes. - Diarreia, náuseas, vômitos. - Febre, desidratação.	- Constipação – dieta rica em fibras, aumentar ingestão de líquidos, atividade física regular; - Diarreia aguda: hidratação e sintomáticos; - Encaminhar se houver suspeita de doenças inflamatórias intestinais; - Considerar avaliação clínica para exames pertinentes.	Enfermeiro (a)/Médico (a)
	Vasculopatia abdominal	- Quadros agudos, com dor intensa e grande comprometimento do estado geral (ex.: aneurisma de aorta abdominal, trombose/isquemia mesentérica).	- Encaminhar para serviço de urgência/emergência.	Médico (a)

Quadro 9 – Dor pélvica crônica: como identificar e como manejar as principais causas

CAUSA		COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Causas ginecológicas	Endometriose	- Piora cíclica da dor, principalmente no período perimenstrual. - História de infertilidade. - História familiar de endometriose. - Dor irradiada para região lombossaca ou ânus. - Alterações intestinais cíclicas (diarreia e/ou constipação, mudança na consistência das fezes no período perimenstrual). - Sangramento cíclico nas fezes e na urina.	- Anti-inflamatórios não hormonais (crises de dor): piroxicam, 20-40 mg por dia; nimesulida, 100 mg de 12/12 horas; ibuprofeno, 600mg; ou diclofenaco, 50 mg de 8/8 horas – iniciar 2 a 3 dias antes da menstruação e piroxican 20 mg ou nimesulida 100 mg de 12/12 horas. - Supressão da menstruação: anticoncepcional combinado oral (etinestradíol, 30 mcg + levonorgestrel, 150 mcg) – uso contínuo, sem pausa entre as cartelas; anticoncepcional injetável com progestágeno isolado mensal ou trimestral; ou noretisterona (progestágeno) oral – 10 mg/dia contínuo. - Ver Quadro 10 – Considerações gerais sobre o tratamento de dor pélvica crônica. - Ultrassom transvaginal com ou sem preparo intestinal; ultrassom de parede abdominal se houver suspeita de endometrioma.	Médico (a)
	Aderências pélvicas	- Dor à palpação e distensão dos anexos, agravada com atividade física e obstipação. - Ao toque vaginal, há redução de mobilidade uterina. - Antecedente de infecção ou cirurgia pélvica (principalmente cesariana e laqueadura).	- Ver Quadro 10 – Considerações gerais sobre o tratamento de dor pélvica crônica. - Não há exames de imagem que fechem diagnóstico.	Médico (a)

continua

conclusão

CAUSA		COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Causas não ginecológicas	Constipação intestinal	- Ver Quadro 8 – Dor pélvica aguda .	-	Médico (a)
	Síndrome do intestino irritável	- Desconforto abdominal ou dor pélvica por pelo menos 12 semanas (não necessariamente consecutivas) nos últimos 12 meses, que apresenta pelo menos dois dos três aspectos: alívio com defecação; aparecimento associado com mudanças na frequência de evacuação; aparecimento associado com mudanças na forma e consistência das fezes.	- Alimentação saudável, rica em fibras e líquidos. - Abordagem ampla – identificação de fatores desencadeantes. - Controle dos sintomas: dor, diarreia, constipação. - Ver Quadro 10 – Considerações gerais sobre o tratamento de dor pélvica crônica .	Médico (a)
	Síndrome da Bexiga dolorosa	- Dor, pressão ou desconforto pélvico associados com urgência e aumento da frequência diurna e noturna, na ausência de infecção urinária comprovada ou alguma outra doença vesical óbvia.	- Analgésicos: dipirona ou paracetamol 500 mg até de 6 em 6 horas. - Ver Quadro 3: considerações gerais sobre dor pélvica crônica . - Considerar encaminhamento para serviço de referência. - De acordo com o quadro clínico global, excluir outras causas de dor pélvica.	Médico (a)
	Lombalgia/síndrome miofascial	- Dor muscular, com caráter motor. - Identificação de pontos-gatilho.	- Anti-inflamatórios não hormonais por até 5 a 7 dias (piroxicam, 20-40 mg por dia; nimesulida, 100 mg de 12/12 horas; ibuprofeno, 600mg; ou diclofenaco 50 mg de 8/8 horas), analgésicos (dipirona ou paracetamol, 500mg de 6/6 horas), acupuntura, fisioterapia. - Injeção anestésica (solução bupivacaína – 0,5%, 5,0 ml + dexametasona – 4mg; completar para 10 ml com água destilada. Aplicar na área de gatilho).	Médico (a)
	Violência	- Ver capítulo 7 .	-	Equipe multiprofissional

Quadro 10 – Considerações gerais sobre o tratamento de dor pélvica crônica

- Atenção para possíveis fatores causais, desencadeantes ou de agravamento: • situações de violência doméstica, intrafamiliar, sexual (que podem ser crônicas e estar camufladas – ver capítulo 7); • vida sexual insatisfatória, anorgasmia (inclusive relações sexuais consentidas por convenções sociais, tabus, crenças); • relações conflituosas com familiares e/ou com parceiro; • situações de vulnerabilidade social e emocional (por exemplo, dependência econômica e/ou afetiva); • traumas familiares (mortes precoces, trágicas e de difícil elaboração de luto).
- Estimular atividade física e de lazer.
- Dieta com fibras.
- Psicoterapia: indicada em função de questões familiares, existenciais, ansiedade e depressão presentes em grande número de mulheres com DPC, terapia cognitivo-comportamental, constelação familiar, terapia comunitária, terapia breve focal (a melhor psicoterapia é aquela da qual a paciente está disposta a participar).
- Práticas integrativas e complementares: tratamento não farmacológico com fitoterapia, homeopatia, acupuntura e eletroestimulação transcutânea pode ser útil para algumas mulheres.
- Laparoscopia (segunda linha, quando as outras intervenções terapêuticas falharam): • Indicada em cerca de 18% de pacientes com dor pélvica crônica. • Casuísticas de laparoscopia em mulheres com dor pélvica crônica: 1/3 pelve normal, 1/3 endometriose e 1/3 aderências pélvicas. • Em 1/3 dos casos, diagnostica a endometriose que não é tratada só com cirurgia (exceto com a retirada de ambos os ovários, que são importantes na função endócrina – idade reprodutiva), visto que muitas lesões são microscópicas e nem são visibilizadas à laparoscopia. • A lise de aderências pélvicas (outro 1/3 dos casos) não modifica o prognóstico em relação à DPC.
- Antidepressivos: • Tricíclicos: amitriptilina – 25-50 mg/noite, quando se identifica um componente emocional e/ou conflituoso com parceiro ou familiares ou quando não tem causa aparente (evitar em pacientes com sobrepeso e/ou com obstipação crônica relevante). • Inibidores da recaptação de serotonina: fluoxetina – 20 mg/dia, para mulheres com tendência depressiva, ansiosas, com conflitos familiares. Indicados em pacientes com sobrepeso e obstipadas crônicas
- Em casos refratários a outras condutas, utiliza-se: • Anticonvulsivantes: (gabapentina – 300 mg, 2-3x dia; carbamazepina – 200 mg, 2x dia, pregabalina – 75-150 mg/dia). Utilizados quando se suspeita de dor neuropática ou dor sem causa aparente. • Opioide (codeína – 15-30 mg/dose a cada 4-6h; tramadol – 50 mg a cada 4-6h ou 100 mg a cada 8-12h). Uso eventual e com cautela em mulheres com dor reagudizada.

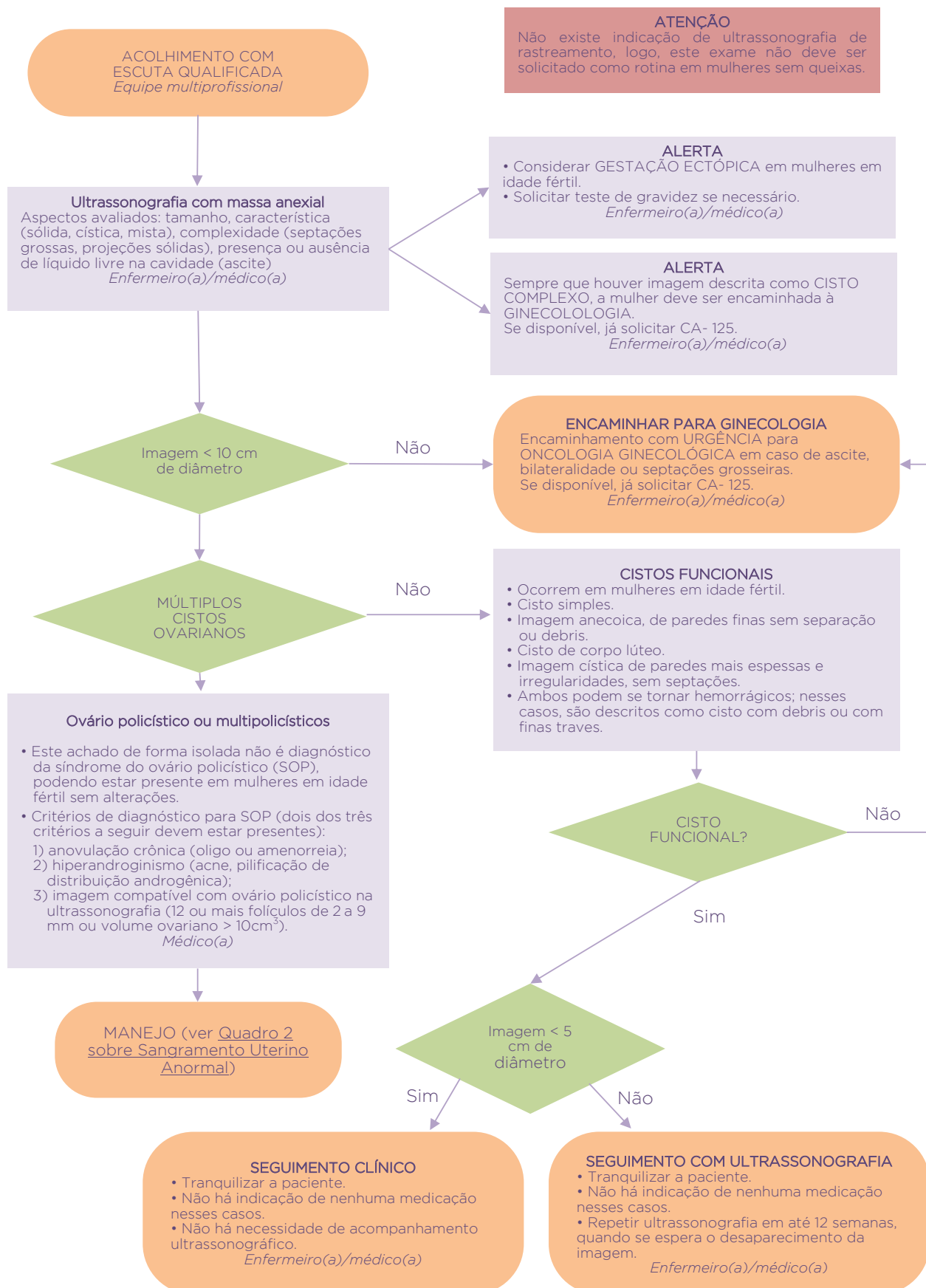
REFERÊNCIAS

- 1 – ABERCROMBIE, P. D.; LEARMAN, L. A. Providing holistic care for women with chronic pelvic pain. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, Malden, n. 41, p. 668-679, 2012.
- 2 – ACOG COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS-GYNECOLOGY. ACOG Practice Bulletin nº 51. Chronic Pelvic Pain. **Obstet Gynecol**, Washington, v. 103, n. 3, p. 589-605, 2004.
- 3 – BRASIL. Ministério da Saúde. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18).
- 4 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, 2015.
- 5 – DEUS, J. M. et al. Analysis of 230 women with chronic pelvic pain assisted at a public hospital. *Revista Dor*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 191-197, jul./set. 2014
- 6 – HOWARD, F. M. The role of laparoscopy in the chronic pelvic pain patient. **Clin Obstet Gynecol**, v. 46, n. 4, p. 749-766, 2003.
- 7 – JARRELL, J. F. et al. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. **J Obstet Gynaecol Can**, Vancouver, v. 27, n. 9, p. 869-910, 2005.
- 8 – KRUSZKA, P. S.; KRUSZKA, S. J. Evaluation of acute pelvic pain in women. **American Family Physician**, Leawood, v. 82, n. 2, p. 141-147, 2010.
- 9 – NOGUEIRA, A. A.; REIS, F. J. C.; POLI NETO, O. B. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 733-740, 2006.
- 10 – ORTIZ, D. D. Chronic pelvic pain in women. **American Family Physician**, Leawood, v. 77, n. 11, p. 1.535-1.542, 2008.
- 11 – ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. **RCOG Green-top Guideline nº 41**. The initial management of chronic pelvic pain. London: RCOG, 2012. p. 2-16.
- 12 – YUNKER, A. et al. Systematic review of therapies for noncyclic chronic pelvic pain in women. **Obstet Gynecol Surv**, San Francisco, v. 67, n. 7, p. 417-425, 2012.

6 AVALIAÇÃO DE ACHADOS EM ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA

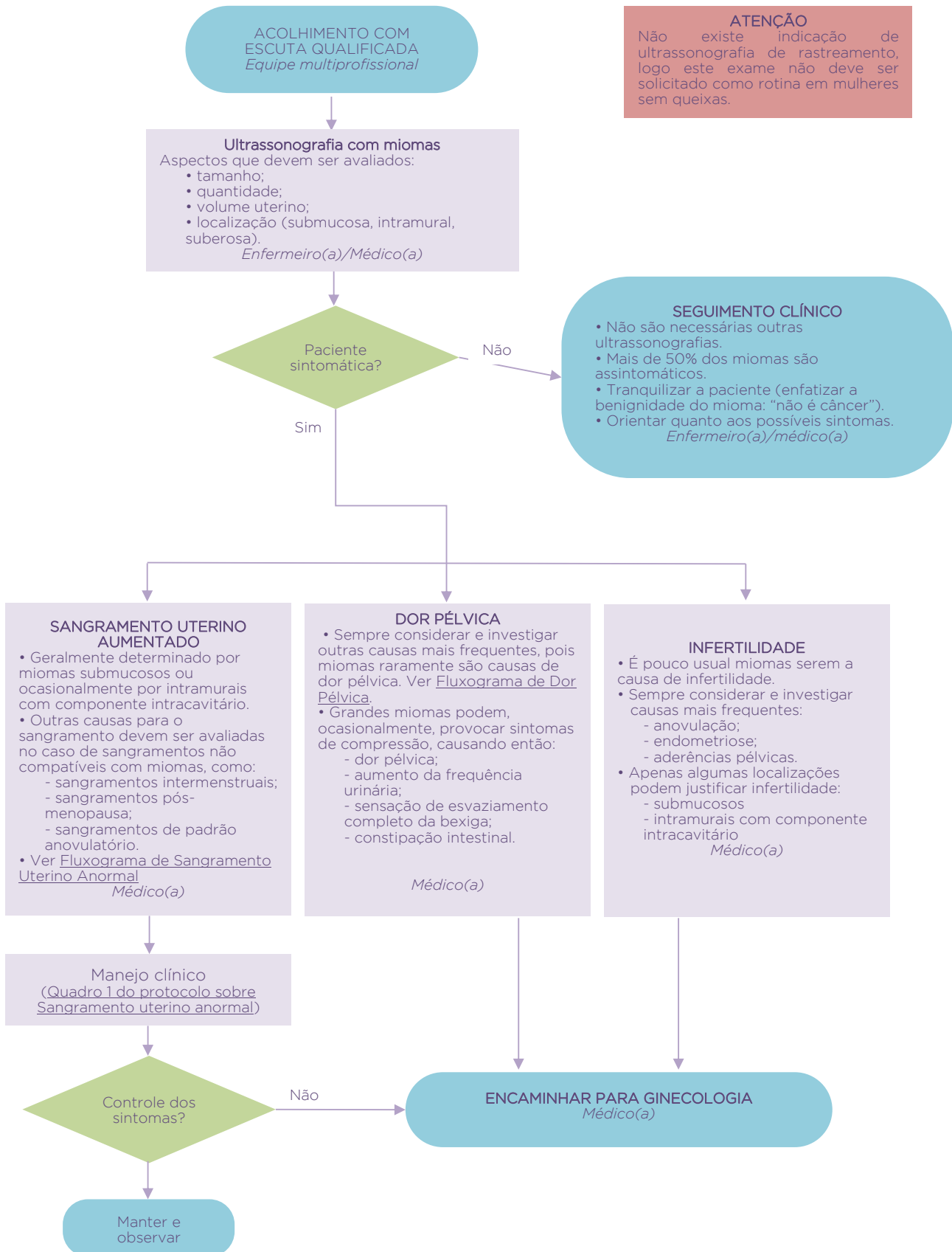
6.1 Imagens anexais^{1,2,3}

Fluxograma 11 – Imagens anexais



6.2 Miomas^{4,5}

Fluxograma 12 – Miomas



6.3 Outros achados frequentes^{6, 7}

ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL NA PÓS-MENOPAUSA

- Na pós-menopausa, consideram-se espessuras endometriais ≥ 5 mm aumentadas e devem ser encaminhadas à GINECOLOGIA para investigação de patologias endometriais, como câncer de endométrio e hiperplasia endometrial.

Enfermeiro(a)/médico(a)

CISTO DE NABOTH

- Imagem cística adjacente ao canal endometrial. Representa o bloqueio da drenagem de uma glândula endocervical e o consequente acúmulo de secreção mucoide. Não tem significado clínico.
- Tranquilizar a paciente.

Enfermeiro(a)/médico(a)

LÍQUIDO LIVRE EM FUNDO DE SACO POSTERIOR

- Este achado é normal em mulheres assintomáticas e pode ser observado em todas as fases do ciclo menstrual, ocorrendo mais frequentemente no período perimenstrual e periovulatório.
- Sua ocorrência de forma isolada não apresenta significado clínico.

Médico(a)

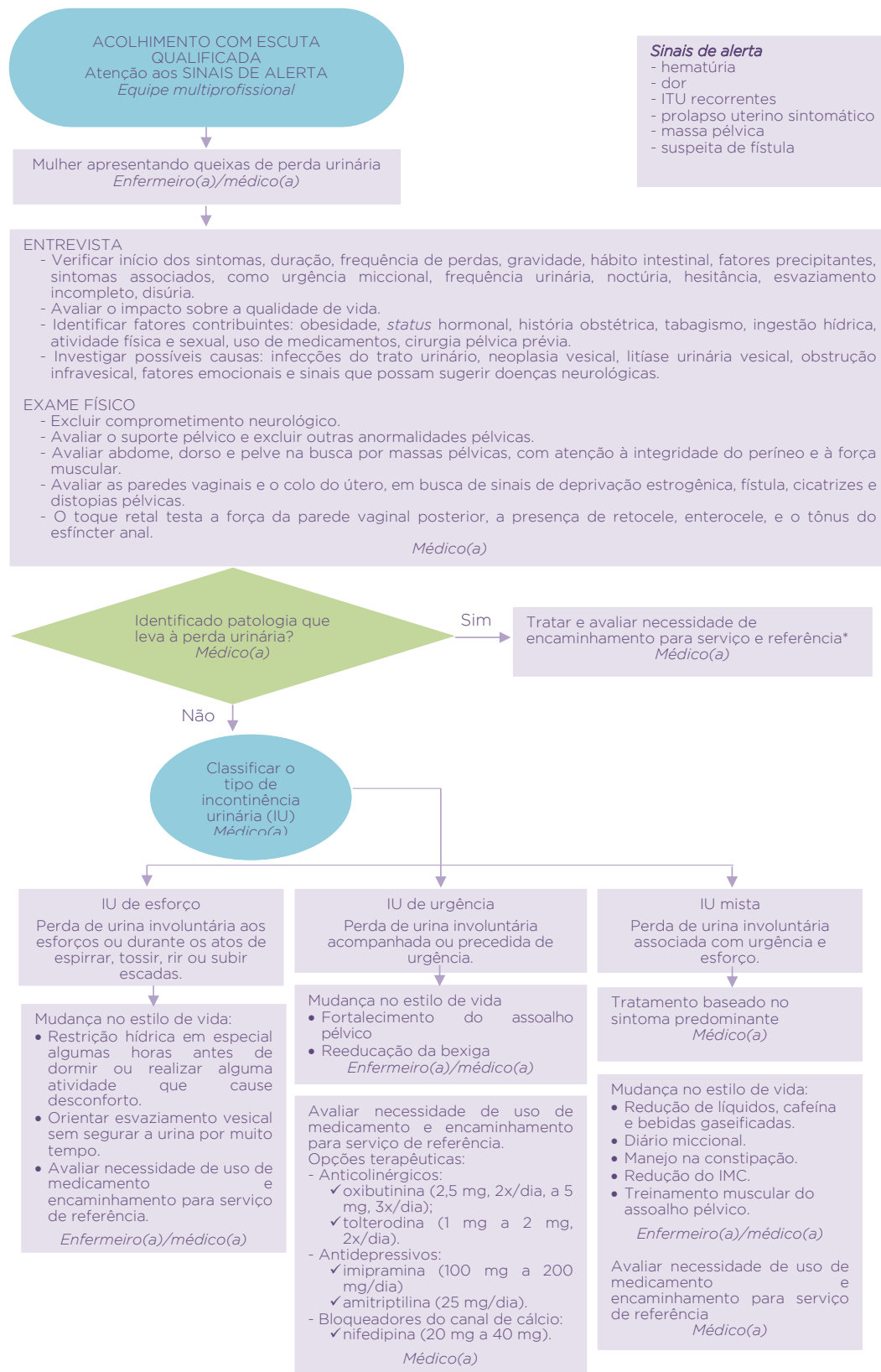
REFERÊNCIAS

- 1 – GIVENS, V. et al. Diagnosis and management of adnexal masses. **American Family Physician**, Leawood, v. 80, n. 8, p. 815-820, Oct. 2009.
- 2 – LE, T. et al. Initial evaluation and referral guidelines for management of pelvic/ovarian masses. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, Vancouver, v. 31, n. 7, p. 668-680, Jul. 2009.
- 3 – LEVINE, D. et al. Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Statement. **Radiology**, Oak Brook, v. 256, n. 3, p. 943-954, Sep. 2010.
- 4 – DIVAKAR, H. Asymptomatic uterine fibroids. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, Philadelphia, v. 22, n. 4, p. 643-654, Aug. 2008.
- 5 – EVANS, P.; BRUNSELL, S. Uterine fibroid tumors: diagnosis and treatment. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, Vancouver, v. 31, n. 7, p. 668-680, Jul. 2009.
- 6 – GOLDSTEIN, R. B. et al. Evaluation of the woman with postmenopausal bleeding: Society of Radiologists in Ultrasound-Sponsored Consensus Conference statement. **Journal of Ultrasound in Medicine**, Philadelphia, v. 20, n. 10, p. 1025-1036, Oct. 2001.
- 7 – DAVIS, J. A.; GOSINK, B. B. Fluid in the female pelvis: cyclic patterns. **Journal of Ultrasound in Medicine**, Philadelphia, v. 5, n. 2, p. 75-79, Feb. 1986.

7 QUEIXAS URINÁRIAS

7.1 Perda urinária

Fluxograma 13 – Perda urinária



* Situações que indicam encaminhamento para:

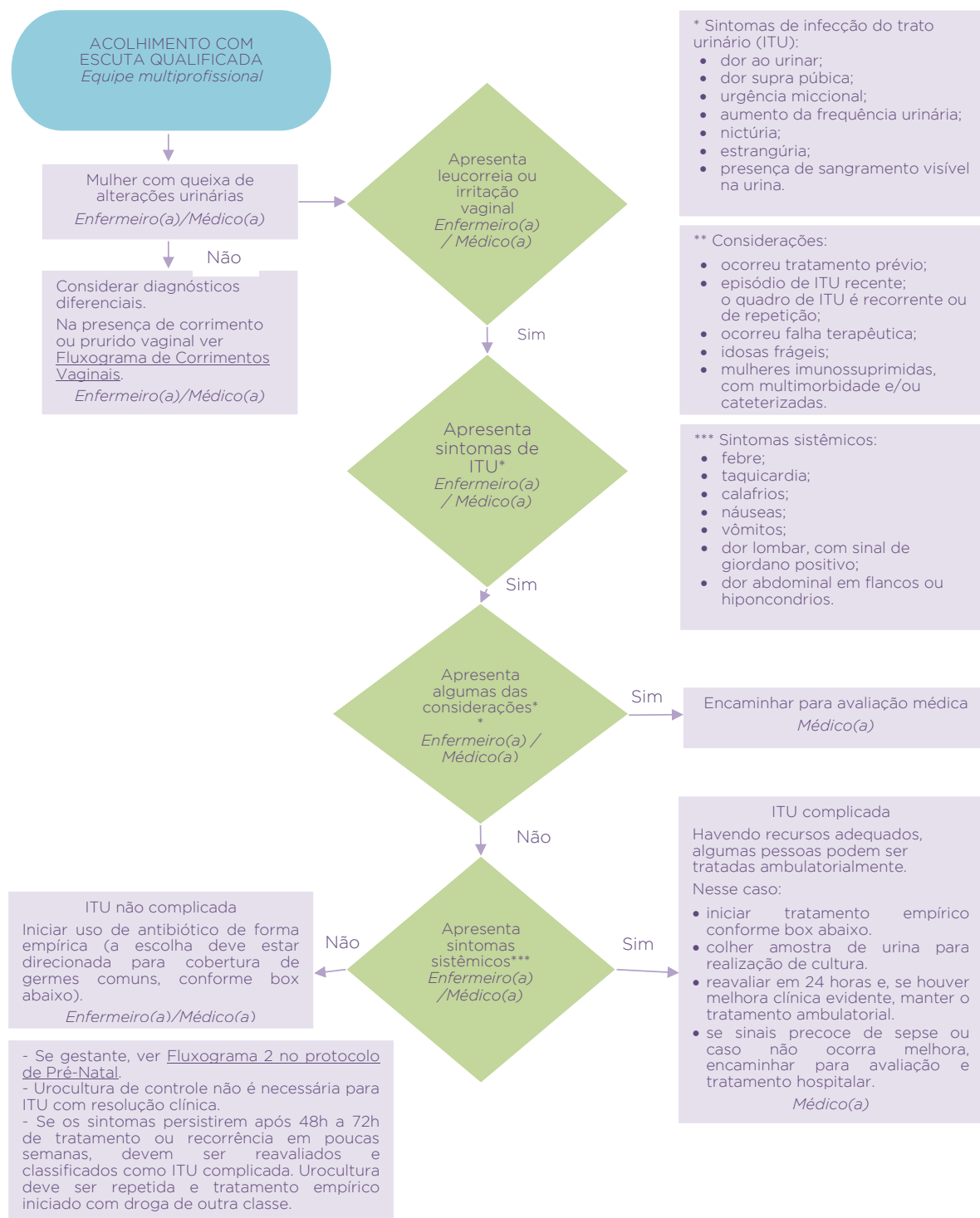
- **Ginecologia:** prolapso genital associado; outras doenças ginecológicas associadas (miomatose, endometriose, cisto de ovário); incontinência de estresse resistente ao tratamento conservador.
- **Urologia:** hematúria persistente (na ausência de infecção ou distúrbio eritrocitário); alteração anatômica de vias urinárias; incontinência urinária explicada por cálculo renal.
- **Neurologia:** suspeita de doença do sistema nervoso central.

REFERÊNCIAS

- 1 – ABRAMS, P. et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. **Neurourology and Urodynamics**, Sheffield, v. 21, p. 167-178, 2002.
- 2 – SACOMANI, C. A. R. et al. **Incontinência urinária** – Propedêutica. Rio de Janeiro: SBU, [s.d.]. (Diretrizes SBU). Versão preliminar. Disponível em: <<http://goo.gl/LXtLXJ>>. Acesso em: 8 dez. 2014.
- 3 – NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE – NICE. **Urinary incontinence**. The management of urinary incontinence in women. London: NICE, Sep. 2013 [atualizado em Jan. 2015]. (NICE clinical guideline, n. 171). Disponível em: <<http://goo.gl/irVTFA>>. Acesso em: 8 dez. 2014.
- 4 – SACOMANI, C. A. R. et al. **Incontinência urinária de esforço**: tratamento não cirúrgico e não farmacológico. Rio de Janeiro: SBU, [s.d.]. (Diretrizes SBU). Versão preliminar. Disponível em: <<http://goo.gl/2HHYAQ>>. Acesso em: 8 dez. 2014.

7.2 Dor e aumento da frequência^{1,2,3,4,5}

Fluxograma 14 – Queixas urinárias



Antibióticos de escolha no tratamento da ITU não complicada

Agentes de primeira linha:

sulfametoxazol + trimetoprima (800mg + 160mg), 01 cp de 12/12h por 3 dias;
nitrofurantoína (100 mg), 01 cp. de 6/6h por 5 a 7 dias.

Agentes de segunda linha:

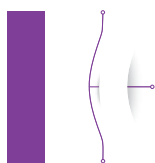
Preferencialmente, as quinolonas devem ser utilizadas somente na presença de resistência aos agentes de primeira linha.
Enfermeiro(a) / Médico(a)

Antibióticos de escolha no tratamento da ITU complicada

Ciprofloxacino (500mg), 01 cp de 12/12h por 7 a 14 dias;
Levofloxacino (750mg), 01 cp ao dia por 5 dias;
Nitrofurantoína e norfloxacino devem ser evitados por apresentarem pouca penetrância tecidual.
Médico(a)

REFERÊNCIAS

- 1 - ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Infecção urinária não complicada na mulher: tratamento. Brasília: AMB, 2011.
- 2 - ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Conselho Federal de Medicina. Infecção do trato urinário: diagnóstico. Brasília: AMB, 2004.
- 3 - BELO HORIZONTE. Protocolos de Atenção à Saúde: Infecção Urinária. Belo Horizonte: SMS/BH, 2012.



PARTE 2 - ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO, PUERPÉRIO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

1 ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante.¹ A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança.

É fundamental abordar a história de vida dessa mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, pois, nessa fase, além das transformações no corpo há uma importante transição existencial. É um momento intenso de mudanças, descobertas, aprendizados e uma oportunidade para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando o bem-estar da mulher e da criança, assim como a inclusão do pai e/ou parceiro (quando houver) e família, desde que esse seja o desejo da mulher.

Além das questões de saúde, a gestante precisa ser orientada sobre questões referentes a seus direitos sexuais, sociais e trabalhistas (ver Quadro 13). E, no caso de uma gestação indesejada (ver Quadro-Síntese do capítulo Planejamento Reprodutivo e Fluxograma de Atraso menstrual), é importante acompanhamento e abordagem multidisciplinares, devendo-se acompanhar a mulher de forma acolhedora, singular e integral, com atenção para a detecção precoce de problemas. No caso de gravidez decorrente de violência sexual, ver o capítulo Atenção às Mulheres em Situação de Violência, que aborda a interrupção da gestação em mulheres vítimas de violência.

1.1 Quadro-síntese de atenção à gestante no pré-natal de baixo risco^{2, 3, 4, 5, 6}

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos do contato da gestante. Direcionamento para o atendimento necessário.	Equipe multiprofissional
Avaliação global	Entrevista (ver Quadro 1): • presença de sintomas e queixas; • planejamento reprodutivo; • rede familiar e social; • condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais; • atividade física; • história nutricional; • tabagismo e exposição à fumaça do cigarro; • álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); • antecedentes clínicos, ginecológicos e de aleitamento materno; • saúde sexual; • imunização; • saúde bucal; • antecedentes familiares.	Equipe multiprofissional
	Exame físico geral e específico [gineco-obstétrico] (ver Quadro 2): • atenção para as alterações da pressão arterial • avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional • atenção para as alterações na altura do fundo uterino	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua

continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	Solicitação de exames, conforme o período gestacional (ver Quadros 3 e 4): • hemoglobina e hematócrito; • eletroforese de hemoglobina; • tipagem sanguínea e fator Rh; • Coombs indireto; • glicemia de jejum; • teste de tolerância à glicose; • urina tipo I; • urocultura e antibiograma; • teste de proteinúria; • teste rápido para sífilis ou VDRL; • teste rápido para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II); • sorologia para hepatite B (HBsAg); • toxoplasmose IgG e IgM; • malária (gota espessa) em áreas endêmicas; • parasitológico de fezes; • ultrassonografia obstétrica.	
	Presença de sinais de alerta na gravidez (ver Quadro 5): • cefaleia; • contrações regulares; • diminuição da movimentação fetal; • edema excessivo; • epigastralgia; • escotomas visuais; • febre; • perda de líquido; • sangramento vaginal.	

continua

continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	Avaliação do risco gestacional (ver Quadro 6): • fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de baixo risco; • fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco; • sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica.	
	Cadastramento e preenchimento da Caderneta da Gestante: • preenchimento do cartão da gestante; • preenchimento da ficha de cadastramento em sistema de informação já na primeira consulta de pré-natal.	Enfermeiro(a)/médico(a)
	Identificação e manejo das queixas e intercorrências do pré-natal (ver Quadros 7 e 8): • conforme fluxogramas e quadros específicos; • estabilização e encaminhamento das situações de urgência, quando necessário.	
	Observar a utilização de medicação na gestação (ver Quadro 9) • Verificar o grau de segurança na gestação e na lactação.	
	Encaminhamento para serviço de referência: • manter o acompanhamento da gestante com sua equipe de Atenção Básica; • solicitar contrarreferência para manter as informações a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante; • realizar busca ativa e acompanhamento das gestantes por meio da visita domiciliar mensal do ACS.	
	Vinculação com a maternidade de referência e direito a acompanhante no parto • Informar a gestante, com antecedência, sobre a maternidade de referência para seu parto e orientá-la para visitar o serviço antes do parto (cf. Lei nº 11.634/2007, da vinculação para o parto). • Orientar sobre a lei do direito a acompanhante no parto (Lei Federal nº 11.108/2005), que garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto no SUS. O acompanhante é escolhido pela gestante, podendo ser homem ou mulher	Equipe multiprofissional
	Suplementação de ferro e ácido fólico (ver diretriz da OMS ³ e Saiba Mais): • ferro elementar (40 mg/dia); • ácido fólico (400 µg/dia ou 0,4 mg/dia). Utilizar no período pré-gestacional até o final da gestação.	Enfermeiro(a)/médico(a)
	Imunização (Quadro 10): • dT/dTpa; • hepatite B; • influenza.	Equipe de enfermagem/ médico(a)

continua

continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Busca ativa das gestantes que não comparecem às consultas: - identificar os motivos para o não comparecimento; - realizar visita domiciliar; - oferecer novo agendamento; - realizar a consulta em domicílio.	Equipe multiprofissional	
Educação em saúde - Oferecer orientações educativas individuais ou coletivas (que podem ter a participação também do pai/parceiro e da família da gestante) acerca dos temas: Modificações fisiológicas da gestação (conforme trimestre); Importância do acompanhamento pré-natal; Cuidados em saúde alimentar e nutricional:⁴ - Orientar sobre os <i>Dez passos para alimentação saudável da gestante</i>, complementando com os <i>Dez passos para uma alimentação adequada e saudável para crianças até dois anos</i> (ver Saiba Mais). - Chamar atenção para a necessidade de vitaminas e minerais (Quadro 11). - Chamar atenção para o consumo de cafeína, álcool e adoçantes (ver Saiba Mais). - Chamar atenção para a segurança alimentar e nutricional (ver Saiba Mais). Sexo na gestação: - Abordar a possibilidade de mudanças no desejo e na disposição sexual devido a fatores psicofísicos, biológicos, conjugais e culturais durante a gravidez. Se a mulher desejar, as relações sexuais até o momento do parto podem facilitar o nascimento do bebê. Só há contraindicação na presença de placenta prévia e alto risco de prematuridade, sendo as medidas de proteção contra IST indicadas para todas as gestantes e casais. Evitar a atividade sexual na presença de sangramento ou perda de líquido. Atividades físicas e práticas corporais na gestação:⁵ - Durante uma gestação de risco habitual, a mulher que já praticava exercícios pode continuar a fazê-lo, adequando a prescrição à gestação. Mulheres que eram sedentárias podem iniciar uma prática de atividade física, desde que com adequada orientação e supervisão. Observar sempre a hidratação durante a atividade, o repouso após atividade e os sinais de risco, quando a prática deverá ser suspensa até uma avaliação médica. - As contraindicações absolutas são: o sangramento uterino de qualquer causa, a placenta baixa, o trabalho de parto pré-termo, o retardo de crescimento intrauterino, os sinais de insuficiência placentária, a rotura prematura de membranas e a incompetência istmocervical. - Entre as opções disponíveis, o <i>yoga</i> e a hidroginástica são atividades bem recomendadas para mulheres grávidas e que não tinham histórico de prática regular de atividade física, pois são atividades de baixo impacto e que podem melhorar a condição cardiorrespiratória. - A gestante deve evitar permanecer em pé ou sentada por muito tempo. Sempre trocar o posicionamento para aliviar dores e edemas - Ao se deitar, a posição mais indicada é em decúbito lateral esquerdo, por diminuir a compressão sobre a aorta e a cava, favorecendo a circulação sanguínea. O uso de um travesseiro preenchendo o espaço entre a cabeça e o ombro, e outro entre as pernas fletidas, está indicado. Antes de se levantar, é importante realizar atividades com as mãos e pés para ativar a circulação. - Ao conduzir veículos, a gestante deve posicionar o cinto de segurança sobre o quadril mais abaixo no abdome, para prevenir possíveis lesões sobre o útero em caso de acidentes. Para trajetos longos, é indicado realizar paradas para movimentação, alongamento e alívio da pressão sobre a bexiga. Exposição ao tabaco⁶ (ver Saiba Mais): - Orientar que há maior risco de partos prematuros, crescimento intrauterino restrito, recém-nascidos com baixo peso e mortes perinatais para gestantes fumantes. - Orientar sobre a abstinência total ou redução do consumo, quando essa não for possível, apoio de familiares e amigos, retirada de cigarros dos ambientes, participação das atividades de autocuidado apoiado da UBS, estratégias de resolução de problemas e prevenção de uso/recaídas. Exposição ao álcool e outras drogas: - Alerciar sobre os perigos é fundamental, mas não garante mudança radical de comportamento. - As gestantes e as mulheres que planejam engravidar devem ser aconselhadas a evitar o consumo de álcool durante os primeiros três meses de gravidez, pois o seu consumo pode estar associado ao aumento do risco de aborto.		

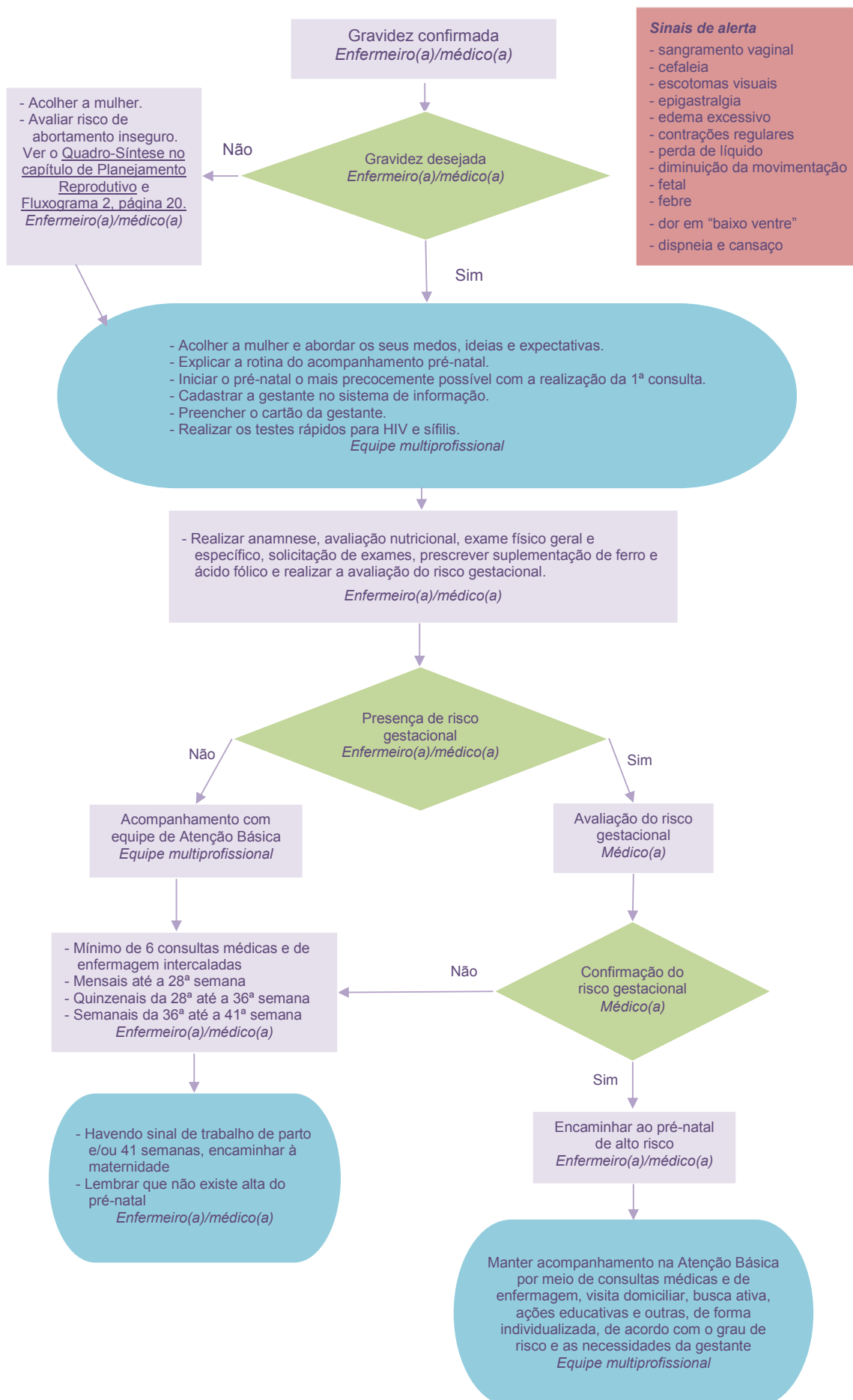
continua

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	h) Preparo para o parto: - Abordagem nas consultas e em rodas de conversa: - o O parto é um momento intenso que marca para sempre a vida da mulher e da criança; - o Esclarecer as vantagens do parto normal: rápida recuperação da mulher, menor risco de complicações, favorecimento do contato pele a pele e o estabelecimento de vínculo entre mãe e recém-nascido, além de facilitar a amamentação na primeira hora de vida; sinais de trabalho de parto (contrações de treinamento, tampão mucoso, mudança progressiva no ritmo e na intensidade das contrações); - o processo fisiológico do trabalho de parto; a) Pródromos (pré-parto)/Fase latente: podem durar dias ou semanas. A duração e a intensidade das contrações costumam variar bastante, pode haver perda do tampão mucoso (às vezes, com rajadas de sangue) e sensação dolorosa nas costas. Nessa fase, a mulher pode procurar posições confortáveis, tomar um banho morno, repousar; ainda é cedo para se dirigir ao serviço de saúde. b) Fase ativa: caracterizada pelas contrações rítmicas e regulares, com intervalo de 3 a 5 minutos e duração de cerca de 60 segundos. São essas contrações as responsáveis pela dilatação do colo uterino e pela descida do bebê no canal de parto. Elas podem vir acompanhadas de dor lombar e em baixo ventre. Essa é a fase ideal para se dirigir a um serviço de saúde. c) Transição: período intermediário entre a fase ativa e a dilatação total (10 cm) e o período expulsivo propriamente dito. As contrações costumam ficar mais intensas e podem ocorrer em intervalos menores. Pode ser o período mais desafiador do trabalho de parto, com ocorrência de sensação de exaustão, náuseas e vômitos, entre outros. d) Expulsivo: conforme o bebê desce pelo canal de parto, é comum a sensação de pressão cada vez maior na vagina e no reto, associada aos puxos espontâneos (vontade incontrolável de fazer força). A distensão máxima do períneo, que ocorre quando a cabeça do bebê coroar, pode vir acompanhada de uma sensação de ardência de intensidade variável. e) Expulsão da placenta: acontece, em média, de 5 a 30 minutos depois do nascimento do bebê. As contrações são mais leves e espaçadas. Podem ser necessários procedimentos, algumas vezes desconfortáveis, para acelerar o desprendimento da placenta e evitar hemorragias. - o métodos não farmacológicos para alívio da dor, livre movimentação e deambulação, preferência por posições verticalizadas, livre expressão das emoções, liberdade para se alimentar e para ingerir líquidos durante o trabalho de parto.	

continua

conclusão	
O QUE FAZER?	COMO FAZER?
QUEM FAZ?	
	- Alertar para a possibilidade de ocorrência de: - o violência institucional: agressões verbais ou físicas, uso de termos que infantilizam ou incapacitem a mulher, privação do direito a acompanhante de livre escolha da mulher, recusa do primeiro atendimento ao trabalho de parto, transferência para outro estabelecimento sem garantia de vaga e de transporte seguro, exame de toque por mais de um profissional, realizar procedimentos exclusivamente para treinamento de estudantes, entre outros; - o práticas inadequadas (contraindicadas pelas evidências científicas mais atuais): ▪ com a mulher: tricotomia, lavagem intestinal, manobra de Kristeller, realização de episiotomia sem indicação precisa, sem anestesia e sem o consentimento da parturiente, confinar a mulher ao leito ou obrigá-la a permanecer em posição ginecológica ou outra durante o trabalho de parto e parto; ▪ com o recém-nascido: submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida; restrição do contato pele a pele entre mãe e bebê e da amamentação na primeira hora de vida. i) preparo para o aleitamento (ver seção sobre <u>Promocão ao aleitamento materno</u>): - O aleitamento materno deve ser incentivado durante o pré-natal, investigando o desejo na mulher em amamentar e informando-a sobre os benefícios da amamentação para a saúde da criança e materna. - Reconhecer a importância de se iniciar o aleitamento na primeira hora de vida para recém-nascidos saudáveis. - É comum a ocorrência de cólicas durante as mamadas. j) Direitos sexuais, sociais e trabalhistas na gestação (Quadro 13). Cuidados em saúde mental • As mudanças no humor são processos normais da gestação, estando associadas ao conjunto de mudanças biopsicossociais relacionadas à gravidez. Na suspeita de depressão ou outros transtornos de humor, realizar avaliação médica para diagnóstico e manejo de acordo com a severidade do quadro. Cuidados em saúde bucal • Garantir avaliação odontológica a todas as gestantes durante o pré-natal.

Fluxograma 1 – Pré-Natal na Atenção Básica^{2, 7}



Quadro 1 – Entrevista²

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR	
Presença de sintomas e queixas	Todas as consultas	- Náuseas e vômitos; - Obstipação e flatulência; - Sintomas urinários; - Salivação excessiva; - Pirose; - Corrimento (que pode ou não ser fisiológico).	- Tontura; - Dor mamária; - Dor lombar; - Alterações no padrão de sono; - Dor e edema de membros inferiores; - Dor pélvica.
Planejamento reprodutivo	Primeira consulta	- Gestação desejada e/ou planejada; - Métodos contraceptivos utilizados.	Data da última menstruação (DUM).
Rede familiar e social	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	- Presença de companheiro; - Rede social utilizada.	- Relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas; - História de violência.
Condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	- Tipo de moradia; - Tipo de saneamento; - Grau de esforço físico; - Renda.	- Estresse e jornada de trabalho; - Exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos); - Beneficiário de programa social de transferência de renda com condicionalidades (ex.: Programa Bolsa família).
Atividade física	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudança	- Tipo de atividade física; - Grau de esforço; - Periodicidade.	- Deslocamento para trabalho ou curso; - Lazer.
História nutricional	Primeira consulta	História de desnutrição, sobrepeso, obesidade, cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, carências nutricionais, histórico de criança com baixo peso ao nascer, uso de substâncias tóxicas para o bebê.	- Peso e altura antes da gestação; - Hábito alimentar.
Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro	Primeira consulta	- Status em relação ao cigarro (fumante, ex-fumante, tempo de abstinência, tipo de fumo); - Exposição ambiental à fumaça de cigarro.	Para as fumantes, avaliar se pensam em parar de fumar nesse momento.
Álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)			Padrão prévio e/ou atual de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas).

continua

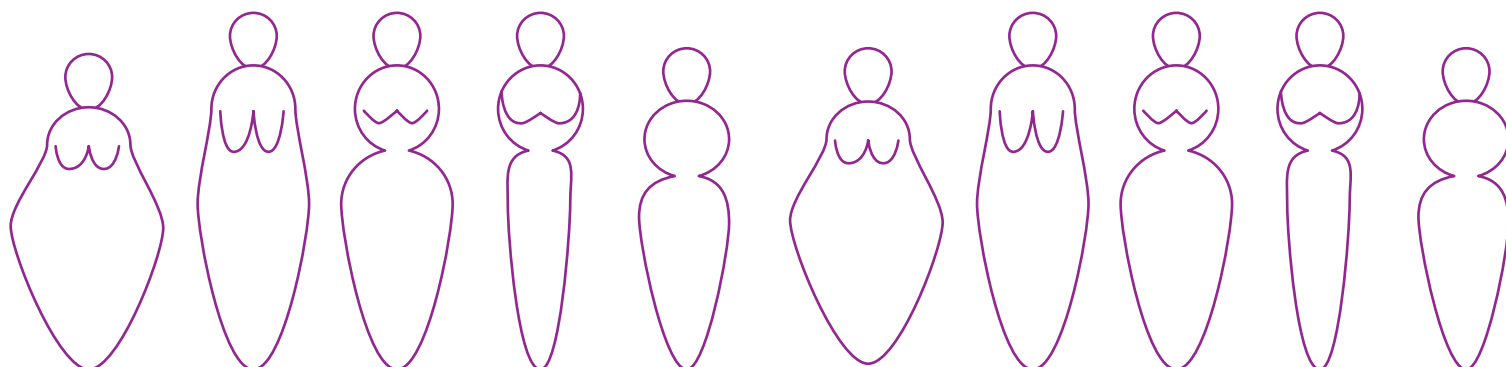
conclusão

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR
Antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno	Primeira consulta	• Diabetes, hipertensão, cardiopatias; • Trombose venosa; • Alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo (prescritos ou não pela equipe de saúde, fitoterápicos e outros); • Cirurgias prévias (mama, abdominal, pélvica); • Hemopatias (inclusive doença falciforme e talassemia).
	Primeira consulta	• Doenças autoimunes, doenças respiratórias (asma, DPOC), doenças hepáticas, tireoidopatias, doença renal, infecção urinária, IST, tuberculose, hanseníase, malária, rubéola, sífilis, outras doenças infecciosas; • Transtornos mentais, epilepsia, neoplasias, desnutrição, excesso de peso, cirurgia bariátrica; • Avaliar sinais de depressão.
	Primeira consulta	• Idade na primeira gestação; • Número de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo e intervalo), abortamentos e perdas fetais; • Gestações múltiplas; • Número de filhos vivos, peso ao nascimento, recém-nascidos com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal.
	Primeira consulta	• Malformações congênitas; • Intercorrências em gestações anteriores como síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, isoimunização Rh, diabetes gestacional, incompetência istmocervical, gravidez ectópica; • Mola hidatiforme, gravidez anembrionada ou ovo cego; • Intercorrências no puerpério; • Experiência em partos anteriores.
Primeira consulta	Primeira consulta	• Ciclos menstruais; • História de infertilidade; • Resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino.
Primeira consulta	Primeira consulta	• História de aleitamento em outras gestações, tempo, intercorrências ou desmame precoce. • Desejo de amamentar.
Saúde sexual	Primeira consulta	• Idade de início da atividade sexual; • Intercorrências como dor, desconforto. • Desejo e prazer sexual; • Práticas sexuais; • Medidas de proteção para IST.
Imunização	Primeira consulta	• Estado vacinal: dT/dTpa, hepatite B, influenza, tríplice viral.
Saúde bucal	Primeira consulta	• Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpites, cáries, doença periodontal ou outras queixas. • Hábitos de higiene bucal como rotina de escovação e uso de fio dental; • Data da última avaliação de saúde bucal.
Antecedentes familiares	Primeira consulta	• Doenças hereditárias; • Gemelaridade; • Diabetes; • Hanseníase; • Transtorno mental; • Doença neurológica; • Grau de parentesco com o pai do bebê. • Pré-eclâmpsia; • Hipertensão; • Tuberculose; • Câncer de mama ou ovário; • Deficiência e malformações; • Parceiro com IST ou HIV/aids.

Quadro 2 – Exame físico geral e específico no pré-natal de baixo risco^{2, 6, 7, 8, 9}

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	Pele e mucosas • Cor; • Lesões; • Hidratação.	• Turgor; • Cloasma; • Tumorações; • Manchas. • Realizar orientações específicas. • Avaliação médica na presença de achados anormais.
Primeira consulta	Exame bucal Verificar alterações de cor da mucosa, hidratação, esmalte dentário, cáries, presença de lesões, sangramento, inflamação e infecção	• Dentes; • Língua; • Gengiva; • Palato. • Encaminhar todas as gestantes para avaliação odontológica, pelo menos uma vez, durante a gestação.

continua



continuação

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
Todas as consultas	Dados vitais Avaliar sentada ou em decúbito lateral esquerdo: - pulso; - frequência respiratória; - Aferição de pressão arterial (PA); - frequência cardíaca; - temperatura axilar.	- Valores persistentes de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg (em três ou mais avaliações de saúde, em dias diferentes, com duas medidas em cada avaliação) caracterizam hipertensão arterial (HA) na gestação e devem ser acompanhadas no alto risco. - PA entre 140/90 e 160/110 mmHg, assintomática e sem ganho de peso > 500 g semanais, fazer proteinúria, agendar consulta médica imediata, solicitar USG e referir ao alto risco para avaliação. - Elevação ≥ 30 mmHg da PA sistólica e/ou ≥ 15 mmHg de diastólica em relação à PA anterior à gestação ou até a 16ª semana, controlar com maior frequência para identificar HA. Se assintomática e PA $< 140/90$ mmHg, reavaliar frequentemente e orientar medidas alimentares. - PA $> 160/110$ mmHg ou PA $> 140/90$ mmHg e proteinúria positiva e/ou sintomas de cefaleia, epigastralgia, escotomas e reflexos tendíneos aumentados, referir com urgência à maternidade. - Gestantes com HAS prévia e em uso de medicação anti-hipertensiva devem ser acompanhadas no pré-natal de alto risco. - Ver também o Quadro 8 (Atenção às intercorrências do pré-natal) e Fluxograma 12 (O que fazer nas síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia e eclâmpsia).

continua

continuação

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	Avaliação nutricional (ver Saiba Mais) 1) Medida de peso em todas as avaliações e medida inicial de altura (a cada trimestre, em gestantes com menos de 20 anos). 2) Cálculo do IMC e classificação do estado nutricional baseado na semana gestacional, de acordo com a tabela específica. 3) Caracteriza-se risco nutricional: extremos de peso inicial (< 45 kg e > 75 kg); curva descendente ou horizontal; curva ascendente com inclinação diferente da recomendada para o estado nutricional inicial. 4) Adolescentes com menarca há menos de dois anos geralmente são classificadas, equivocadamente, com baixo peso; nesse caso, observar o comportamento da curva. Se a menarca foi há mais de dois anos, a interpretação dos achados assemelha-se à de adultas. 5) Monitoramento do ganho de peso de acordo com a classificação inicial nutricional ou pela curva no Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante, do Cartão da Gestante, baseado no IMC semanal (ver Saiba Mais).	• Baixo peso: - verificar alimentação, hiperêmese gravídica, anemia, parasitose intestinal, outros. - orientar planejamento dietético e acompanhar em intervalos menores, com apoio do NASF. • Excesso de peso: - verificar história, presença de edema, elevação da PA, macrossomia, gravidez múltipla, polidrâmnio; - orientar alimentação adequada e saudável e acompanhar em intervalos menores, com apoio do NASF. • Recomenda-se: - acompanhamento com intervalos menores, apoio do NASF e encaminhamento ao alto risco para os casos que persistem com ganho de peso inadequado.
Primeira consulta	Região cervical • Palpação de tireoide.	• Realizar orientações específicas; • Avaliação médica na presença de achados anormais.
Primeira consulta	Mamas • Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa, tipo de mamilo. • Palpação de mamas, região supraclavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outros.	• Realizar orientações específicas. • Para as condutas nos achados anormais, ver capítulo de Prevenção do câncer de mama.
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	Tórax • Avaliação pulmonar. • Avaliação cardíaca.	• Realizar orientações específicas. • Avaliação médica na presença de achados anormais.

continua

continuação

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	Edema - Inspeção na face e membros superiores. - Palpação da região sacra, com a gestante sentada ou em decúbito lateral. - Palpação de membros inferiores (MMII), região pré-maleolar e pré-tibial, com a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias. - Observar varizes e sinais flogísticos.	Resultados (-) ou ausente – monitorar rotineiramente. (+) apenas no tornozelo – observar; pode ser postural, pelo aumento de temperatura ou tipo de calçado. (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão – orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco. (+++ em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e ao alto risco. - Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica e ao alto risco.
De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da gestante	Região inguinal e perineal - Inspeção de vulva. - Palpação de linfonodos. - Região anal.	- Realizar orientações específicas. - Avaliação médica na presença de achados anormais.
De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da gestante	Exame especular	- Realizar colpocitopatologia oportuna, de acordo com a necessidade (ver o capítulo Prevenção de Câncer de Colo do Útero). - Não há contraindicação no uso da escova endocervical, não havendo mudanças na coleta da gestante. - Não há restrição quanto à idade gestacional para a coleta da citologia.
De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da gestante	Toque bimanual - Avaliar condições do colo uterino (permeabilidade). - Sensibilidade à movimentação uterina e anexos. - Volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia).	Realizar orientações específicas e avaliação médica, se necessário.

continua

continuação

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	Abdome • Palpação abdominal. Palpação obstétrica • Para identificação da situação e apresentação fetal (polo cefálico, pélvico e dorso fetal) e acompanhamento da altura uterina. • Em torno da 36ª semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica). • Determinar a situação fetal (longitudinal, transversa e oblíqua) colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta. A situação longitudinal é a mais comum. • Manobra de Leopold (ver Saiba Mais).	Recomendação A situação transversa e a apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto, e a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência.
Todas as consultas, após a 12ª semana de gestação	Medida da altura uterina • Indica o crescimento fetal e a medida deve ficar dentro da faixa que delimita os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino de acordo com a idade gestacional (ver Saiba Mais). • Após delimitar o fundo uterino e a borda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica na primeira e deslizá-la com a borda cubital da mão pela linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino.	Recomendação • Traçados iniciais abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e risco para o feto. • Nas avaliações subsequentes, traçados persistentemente acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante indicam provável erro de idade gestacional; encaminhar para avaliação médica para confirmação da curva, verificar a necessidade de solicitação de ultrassonografia ou referência ao alto risco. Se a inclinação for diferente, encaminhar para o alto risco.

continua

conclusão

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	Determinação aproximada da idade gestacional por exame obstétrico • Pela medida da altura do fundo do útero, de acordo com os seguintes parâmetros: ✓ até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino; ✓ 8ª semana – o útero corresponde ao dobro do tamanho normal; ✓ 10ª semana – o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual; ✓ 12ª semana – o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica; ✓ 16ª semana – o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical; ✓ pela percepção do início dos movimentos fetais (entre a 18ª e 20ª semana em geral); ✓ 20ª semana – o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical; ✓ 20ª até 30ª semana – relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina; ✓ 30ª semana em diante – parâmetro menos fiel. • A situação fetal transversa reduz a medida de altura uterina e pode falsear a relação com a idade da gestação Cálculo da idade gestacional	Recomendação A idade gestacional deve ser calculada a partir da DUM (ver Saiba Mais). Na impossibilidade de identificação da idade gestacional por esse parâmetro, a USG no primeiro trimestre é o método mais fidedigno de datação da gestação (ver Quadro 4).
Todas as consultas, a partir da 10ª a 12ª semana de gestação	Ausculata dos batimentos cardíofetais (BCF) • Audível com uso de sonar doppler a partir da 10ª/12ª semana; • Audível com uso de estetoscópio de Pinard a partir da 20ª semana; • Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF. Contar número de BCF em um minuto. A frequência esperada é de 110 a 160 bpm.	Recomendação • Alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico ou na maternidade de referência, assim como BCF não audíveis com Pinard após a 24ª semana e não percepção de movimentos fetais e/ou se não ocorreu crescimento uterino. • Ocorre aumento transitório da frequência na presença de contração uterina, movimento fetal ou estímulo mecânico. Se ocorrer desaceleração durante e após contração, pode ser sinal de preocupação. Nestas condições, referir para avaliação em serviço de maior densidade tecnológica ou maternidade.

Quadro 3 – Solicitação dos exames de rotina no pré-natal de baixo risco^{2, 7, 8, 10}

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Hemoglobina e hematócrito	1ª consulta 3º trimestre	- Hemoglobina > 11g/dl – normal. - Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl – anemia leve a moderada. - Hemoglobina < 8 g/dl – anemia grave.	- Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias, conforme descrito no Fluxograma 6. - Se anemia grave, encaminhar ao pré-natal de alto risco.
Eletroforese de hemoglobina*	1ª consulta	- HbAA: sem doença falciforme; - HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. - HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme. - HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; - HbSS ou HbSC: doença falciforme.	- As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica. - As gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao serviço de referência (pré-natal de alto risco, hematologista ou outra oferta que a rede de saúde ofertar).
Tipo sanguíneo e fator Rh	1ª consulta	- A(+), B(+), AB(+), O(+): tipo sanguíneo + fator Rh positivo. - A(-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo.	- Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs indireto. - Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Coombs indireto	A partir da 24ª semana	- Coombs indireto positivo: gestante sensibilizada. - Coombs indireto negativo: gestante não sensibilizada.	- Coombs indireto positivo: ✓ Referenciar ao alto risco. - Coombs indireto negativo: ✓ repetir exame de 4/4 semanas; ✓ imunoglobulina anti-D pós-parto, se o RN for Rh positivo e coombs direto for negativo, após abortamento, gestão ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilos, amniocentese, cordocentese), se mãe Rh (-) e pai Rh (+).
Glicemia em jejum	1ª consulta 3º trimestre	- Entre 85-90 mg/dl sem fatores de risco: normal. - Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: rastreamento positivo. - Se > 110 mg/dl: confirmar diagnóstico de <i>diabetes mellitus</i> gestacional (DMG).	- Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: realizar o teste de tolerância à glicose na 24ª-28ª semana gestação. Orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular). - Se > 110, repetir o exame de glicemia de jejum. Se o resultado for maior que 110 mg/dl, o diagnóstico será de DMG. Orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS.

continua

continuação

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Teste de tolerância à glicose (jejum e 2 horas pós-sobrecarga com 75 g de glicose anidro)	24 ^a -28 ^a semanas**	• Diagnóstico de DMG na presença de qualquer um dos seguintes valores: ✓ em jejum > 110 mg/dl; ✓ após 2 horas > 140 mg/dl.	• No diagnóstico de DMG, orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS. • Ver Fluxograma 11.
Urina tipo I	1 ^a consulta 3º trimestre	• Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo. • Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. • Proteinúria: alterado > 10 mg/dl. • Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.	• Leucocitúria: realizar urinocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urinocultura, tratar empiricamente. • Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica e, caso necessário, referir ao alto risco. • Na presença de traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco. • Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. • Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. • Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à maternidade; se ITU refratária ou de repetição, referir ao alto risco. • Ver Fluxograma 3.
Urocultura e antibiograma	1 ^a consulta 3º trimestre	• Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL). • Urocultura positiva: > 100.000 UFC/mL. • Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.	• Ver Fluxograma 3.
Teste rápido de proteinúria***	Indicado para mulheres com hipertensão na gravidez	• Ausência: < 10 mg/dl (valor normal). • Traços: entre 10 e 30 mg/dl. • (+) 30 mg/dl. • (++) 40 a 100 mg/dl. • (+++) 150 a 350 mg/dl. • (++++>) > 500 mg/dl.	A presença de proteinúria (+) ou mais deve ser seguida de uma determinação de proteinúria de 24 horas, sendo um dos sinais para diagnóstico de pré-eclâmpsia.

continua

continuação

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Teste rápido para sífilis ou VDRL	1ª consulta 3º trimestre (28ª semana)	• Teste rápido não reagente ou VDRL negativo: normal. • Teste rápido reagente e VDRL positivo: verificar titulação para confirmar sífilis.	• Ver Fluxograma 7.
Teste rápido para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II)	1ª consulta 3º trimestre	• Teste rápido não reagente: normal. • Teste rápido reagente e sorologia positiva: confirmar HIV positivo.	• Ver Fluxograma 13.
Sorologia hepatite B (HBsAg)	1ª consulta 3º trimestre	• HBsAg não reagente: normal. • HBsAg reagente: solicitar HBeAg e transaminases (ALT/TGP e AST/TGO).	• Fazer aconselhamento pré e pós-teste. • HBsAg reagente e HBeAg reagentes: deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco. • HBsAg não reagente: se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina após 1º trimestre. Toda gestante HBsAg não reagente deve receber a vacina para hepatite B ou ter seu calendário completado, independentemente da idade.

continua

continuação

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Toxoplasmose IgG e IgM	1ª consulta 3º trimestre****	- IgG e IgM reagentes: ✓ avidez de IgG fraca ou gestação > 16 semanas: possibilidade de infecção na gestação – iniciar tratamento imediatamente; ✓ avidez forte e gestação < 16 semanas: doença prévia – não repetir exame. - IgM reagente e IgG não reagente: doença recente – iniciar tratamento imediatamente e repetir o exame após três semanas. - IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia – não repetir o exame. - IgM e IgG não reagente: suscetível – orientar medidas de prevenção e repetir o exame no 3º trimestre.	- Ver Fluxograma 8. - Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis: ✓ lavar as mãos ao manipular alimentos; ✓ lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; ✓ não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.); ✓ evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; ✓ evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo; ✓ após manusear carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados; ✓ não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra; ✓ propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pазinha; ✓ alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça; ✓ lavar bem as mãos após o contato com os animais.
Malária (gota espessa)*****	Em todas as consultas de pré-natal, se necessário	- Negativo: sem a doença. - Positivo: portadora do <i>Plasmodium sp.</i>	- Se positivo: iniciar tratamento, conforme diretrizes do MS para tratamento de malária na gestação (ver CAB 32).² - Se negativo: investigar quadros febris.

continua

conclusão

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Parasitológico de fezes	Quando anemia presente ou outras manifestações sugestivas	- Negativo: ausência de parasitos. - Positivo: conforme descrição de parasitos.	- O diagnóstico e o tratamento de gestantes com parasitoses intestinais deveriam ser realizados antes da gestação. - Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação. - Mulheres com parasitoses intestinais só devem ser tratadas na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação. - Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo, devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.

Notas:

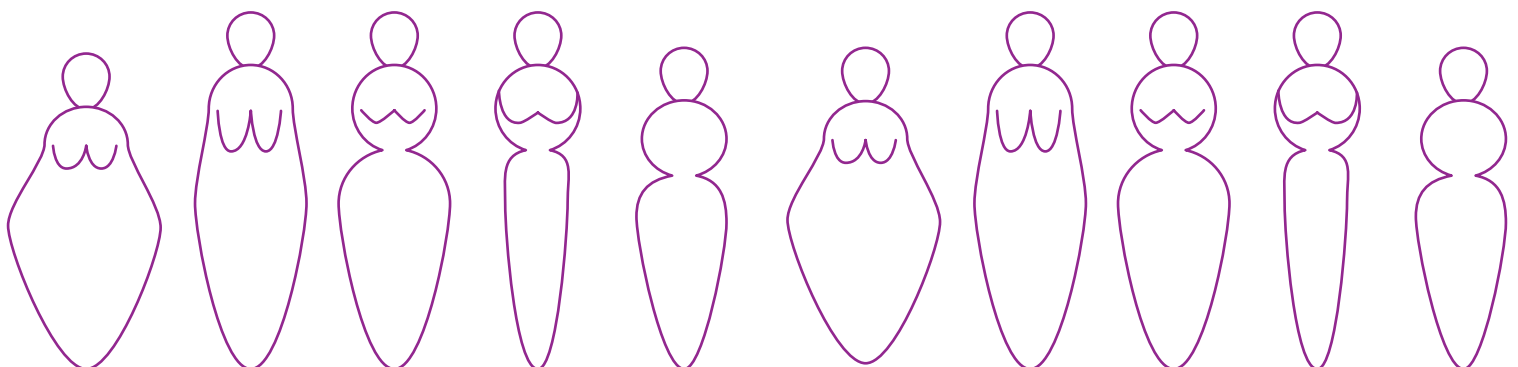
* Por conta do alto grau de miscigenação da população brasileira, todas as gestantes devem ser rastreadas para doença falciforme, conforme Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS da Rede Cegonha.¹⁰

** Nas gestantes sem diagnóstico prévio de DM.

*** Conforme Nota Técnica da Rede Cegonha de 12 de dezembro de 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_teste_rapido_gravidez_ab.pdf>.

**** Se IgG e IgM negativos no 1º exame.

***** Incluir o exame de gota espessa para malária na rotina do pré-natal em áreas endêmicas para a doença.



Quadro 4 – Interpretação de resultados de ultrassonografia no pré-natal de baixo risco^{11, 12, 13}

PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS E CONDUTAS
1º trimestre	• Com base nas evidências existentes, a ultrassonografia de rotina nas gestantes de baixo risco não confere benefícios à mãe ou ao recém-nascido (grau de recomendação A). • Quando indicada, a ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação mais acurada da idade gestacional, reduzindo, dessa forma, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal. Nestes casos, Preferencialmente deve ser realizada por via transvaginal. • Datação da idade gestacional por ultrassonografia: ✓ Deverá sempre ser baseada na 1ª USG realizada e nunca ser recalculada com USG posteriores; ✓ Quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro no cálculo da IG pelo USG em comparação com a DUM confiável. O desvio esperado no cálculo pelo USG é em torno de 8% em relação à DUM. No primeiro trimestre, o desvio esperado no cálculo da idade gestacional é de três a sete dias (aumentando o intervalo, o número de dias, quanto maior a IG). Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior, considerar a USG. Não recalculer durante a gravidez. • Não é indicado rastreamento de aneuploidias de rotina no primeiro trimestre, mas se for solicitado, considerar os seguintes aspectos: ✓ Entre a 11ª e a 13ª semana de gestação, a medida da translucência nuchal (TN) associada à idade materna identifica cerca de 75% dos casos de trissomia do cromossomo 21. No entanto, a indicação deste exame deve estar sempre sujeita à disponibilidade local de recursos e ao desejo dos pais de realizar o exame após esclarecimentos sobre as implicações do exame, indicação, limitações, riscos de falso-positivos e falso-negativos (grau de recomendação B). ✓ Deve-se também ponderar sobre a qualificação da equipe responsável pelo rastreamento, a necessidade de complementar o exame com pesquisa de cariótipo fetal nos casos de TN aumentada, a implicação psicológica do teste positivo (incluindo falso-positivos) e o impacto no nascimento de portadores da síndrome genética.
2º trimestre	• Apesar de aumentar a taxa de detecção das malformações congênitas, não existem evidências de que a USG em gestantes de baixo risco melhore o prognóstico perinatal (grau de recomendação A). • Entre 18 e 22 semanas, os órgãos fetais já estão formados e são de visualização mais precisa, de modo que este é o momento mais adequado para fazer o rastreamento de malformações, caso se opte por fazê-lo.
3º trimestre	• Revisão sistemática disponibilizada pela biblioteca Cochrane sugere que não há benefícios da ultrassonografia de rotina em gestações de baixo risco após a 24ª semana de gravidez (grau de recomendação A). • Em caso de suspeita da alteração do crescimento fetal, por exemplo, quando a medida da AFU está diferente do esperado, a USG pode ser ferramenta útil na avaliação. • Os achados relacionados com a indicação ou não de cesárea, os quais costumam provocar indicações inadequadas de cesárea, estão descritos no Quadro 12.

A decisão de incorporar ou não a ultrassonografia obstétrica à rotina do pré-natal deve considerar recursos disponíveis, qualidade dos serviços de saúde, bem como características e expectativas dos casais. A realização de ultrassonografia em gestantes de baixo risco tem gerado controvérsias, pois não existem evidências de que melhore o prognóstico perinatal, além da grande variação da sensibilidade do método (grau de recomendação A).

Visto que está preconizada pelo Ministério da Saúde a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante (Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011, Anexo III), os profissionais da Atenção Básica devem conhecer as indicações do exame ultrassonográfico na gestação e estar habilitados para interpretar os resultados, a fim de, conjuntamente com a gestante, definir o momento mais apropriado de realizar o exame, caso seja pertinente.

Quadro 5 – Principais sinais de alerta na gestação^{2,7}

SINAL DE ALERTA	INTERPRETAÇÃO	O QUE FAZER
Sangramento vaginal	Anormal em qualquer época da gravidez (ver Quadro 8).	Avaliação médica imediata.
- Cefaleia - Escotomas visuais - Epigastralgia - Edema excessivo	Esses sintomas, principalmente no final da gestação, podem sugerir pré-eclâmpsia (ver Quadro 8).	Avaliação médica e avaliação da PA imediata.
- Contrações regulares - Perda de líquido	Sintomas indicativos de início do trabalho de parto (ver Quadro 8).	Avaliação médica imediata e encaminhamento para a maternidade de referência.
Diminuição da movimentação fetal	Pode indicar sofrimento fetal (ver Quadro 7).	Avaliação médica no mesmo dia, avaliação do BCF e orientação acerca do mobilograma. Considerar possibilidade de encaminhamento ao serviço de referência.
Febre	Pode indicar infecção.	Avaliação médica no mesmo dia e encaminhamento a urgência, caso necessário.

Quadro 6 – Avaliação do risco gestacional pela equipe de Atenção Básica^{2, 8, 14, 15}

FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

FATORES RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E ÀS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS

- Idade menor que 15 e maior que 35 anos.
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse.
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente.
- Situação conjugal insegura.
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular).
- Condições ambientais desfavoráveis.
- Altura menor do que 1,45 m.
- IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

Atenção: deve ser redobrada a atenção no acompanhamento de mulheres negras, indígenas, com baixa escolaridade, com idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos, em mulheres que tiveram pelo menos um filho morto em gestação anterior e nas que tiveram mais de três filhos vivos em gestações anteriores.

FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado.
- Macrosomia fetal.
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas.
- Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos.
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos).
- Cirurgia uterina anterior.
- Três ou mais cesarianas.

FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

- Ganho ponderal inadequado.
- Infecção urinária.
- Anemia.

continua

continuação

FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

FATORES RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES PRÉVIAS

- Cardiopatias.
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada).
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados).
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo).
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia).
- Doenças neurológicas (como epilepsia).
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.).
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses).
- Alterações genéticas maternas.
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.
- Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras).
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras ISTs (condiloma).
- Hanseníase.
- Tuberculose.
- Anemia grave (hemoglobina < 8).
- Isoimunização Rh.
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida.
- Abortamento habitual (duas ou mais perdas precoces consecutivas).
- Esterilidade/infertilidade.
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI).

continua

continuação

FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

- Restrição do crescimento intrauterino.
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio.
- Gemelaridade.
- Malformações fetais ou arritmia fetal.
- Evidência laboratorial de proteinúria.
- Diabetes *mellitus* gestacional.
- Desnutrição materna severa.
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional).
- NIC III.
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais.
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória).
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação).
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso.
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST (infecções sexualmente transmissíveis, como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica.
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual.
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

continua

conclusão

SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional.
- Nunca realizar toque antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica.
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria.
- Pode-se usar o teste rápido de proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico.
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito.
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia).
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente).
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.
- Crise hipertensiva (PA > 160/110)
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal.
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas).
- IG a partir de 41 semanas confirmadas.
- Hipertermia (tax $\geq 37,8$ °C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS.
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes.
- Investigação de prurido gestacional/ictêria.
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas.
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre.
- Restrição de crescimento intrauterino.
- Oligodrômio.
- Óbito fetal.

Quadro 7 – Abordagem de queixas frequentes na gestação^{2, 7, 16}

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Náuseas/ vômitos	Comuns no primeiro trimestre da gravidez, mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro ou do paladar, como pasta de dentes. Cerca de 10% mantêm os enjoos durante períodos mais avançados da gravidez, podendo durar até o 3º trimestre. Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; Grávidas muito jovens, emocionalmente imaturas; Gestações não planejadas.	Ver Fluxograma 2	Ver Fluxograma 2
Queixas urinárias	A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminuindo a capacidade volumétrica, ocasiona a polaciúria (aumento do ritmo miccional) e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais. Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; Presença de sintomas sistêmicos.	Ver Fluxograma 3	Ver Fluxograma 3
Dor abdominal/ cólica	Entre as causas mais frequentes das cólicas abdominais que podem surgir na gravidez normal, estão: o corpo lúteo gravídico, o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas. Geralmente discretas, desaparecem espontaneamente, não exigindo uso de medicação. Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; Presença de ITU; Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas.	Ver Fluxograma 4	Ver Fluxograma 4
Edema	No geral, surge no 3º trimestre da gestação, limitando-se aos membros inferiores e, ocasionalmente às mãos. Piora com o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação; desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. Avaliar sempre: A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia; A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal.	Ver Fluxograma 5	Ver Fluxograma 5

continua

continuação

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Pirose/azia	Embora possa acometer a gestante durante toda a gravidez, é mais intensa e frequente no final da gravidez. Avaliar sempre: Sintomas iniciados antes da gravidez; Uso de medicamentos; História pessoal e familiar de úlcera gástrica.	É recomendado: Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições. Ingerir líquido gelado durante a crise; Elevar a cabeceira da cama ao dormir (dormir com travesseiro alto); Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes; Evitar álcool e fumo – preferencialmente, não devem ser utilizados durante a gestação. Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Hidróxido de alumínio ou magnésio, dois a quatro comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se; Bloqueadores H2 e inibidores da bomba de prótons.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Sialorreia	A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez.	É recomendado: Explicar que é uma queixa comum no início da gestação; Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos. Orientar a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor).	Enfermeiro(a)/médico(a)
Fraqueza/tontura	Tem origem na instabilidade hemodinâmica em decorrência de dois fatores principais: Vasodilatação e hipotonia vascular pela ação da progesterona, na musculatura da parede dos vasos; Estase sanguínea nos membros inferiores pela compressão da circulação de retorno pelo útero grávido. Tudo isso conduz à diminuição do débito cardíaco, à hipotensão arterial e à hipóxia cerebral transitória, causa provável das tonturas e desmaios. Também estão associadas à hipoglicemia, alteração frequente quando do jejum prolongado da grávida.	Os episódios são, na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, dispensando terapêutica medicamentosa. No geral, as medidas profiláticas assumidas, associadas ao esclarecimento da gestante, são eficazes, sendo recomendado: Evitar a inatividade; Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); Evitar jejum prolongado; Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas; Evitar permanecer, por longo tempo, em ambientes fechados, quentes e sem ventilação adequada; Ingerir líquidos; Nos casos recorrentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado; Avaliar a pressão arterial.	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua

continuação

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Falta de ar/ dificuldade para respirar	Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero gravídico) contribua para o agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório. Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; Tosse; Edema; História de asma e outras pneumopatias; Sinais ou história de TVP; História de trauma recente; Febre associada.	Orientar que são sintomas frequentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante. É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, encaminhar para avaliação médica. Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo. Elevar a cabeceira (ajuda a resolver o fator mecânico).	Enfermeiro(a)/médico(a)
Dor nas mamas (mastalgia)	Comum na gravidez inicial, provavelmente resultado das ações de hormônios esteroides, fortemente aumentados na gestação. É frequente, na proximidade do parto, a grávida referir a presença de descarga papilar, que, na quase totalidade das vezes, se trata de colostro, fisiológico para a idade gestacional. Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; Descargas papilares purulentas ou sanguinolentas.	Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso. É recomendado realizar exame clínico das mamas para descartar qualquer alteração. Orientar uso de sutiã com boa sustentação.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Obstipação/ constipação intestinal/ flatulências	Comum na gestação, agravada pelo esforço na evacuação ou pela consistência das fezes. Muitas vezes associada a queixas anais como fissuras e hemorroidas.	É recomendado: Ingerir alimentos que formam resíduos, como legumes e verduras – em especial as folhosas, por serem ricas em fibras – e frutas cítricas. Aumentar a ingestão de água para seis a oito copos/dia (caso não haja nenhuma patologia que a restrinja). Reavaliar alimentação rica em fibras e evitar alimentos que causem muita fermentação. Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve). Fazer caminhadas leves (se não forem contraindicadas). Prevenir fissuras anais (não usar papel higiênico, usar água e sabão para limpeza após as evacuações). Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Dimeticona (40-80 mg), de 6/6 horas, para flatulência; Hioscina (10 mg), de 8/8 horas, para dor abdominal; Supositório de glicerina.	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua

continuação

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Hemorroida	O mais provável é que, na gestação, as hemorroidas preexistentes e assintomáticas possam ser agravadas. É certo que aquelas previamente sintomáticas se agravam na gestação e, sobretudo, no parto e no pós-parto. Avaliar sempre sinais de gravidade: Aumento da intensidade da dor; Endurecimento do botão hemorroidário; Sangramento retal.	É recomendado: Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina; Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; Banho de assento com água morna; Usar anestésicos tópicos, se necessário; Obs.: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados. Se ocorrerem complicações como trombose, encaminhar para o hospital de referência.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Dor lombar	A adaptação da postura materna sobrecarrega as articulações da coluna vertebral, sobretudo a lombossacral. Avaliar sempre: Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento); Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico); História de trauma.	Orientar: Corrigir a postura ao se sentar e andar; Observar a postura adequada, evitando corrigir a lordose fisiológica; Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos; Recomendar a aplicação de calor local e massagens especializadas; Recomendar acupuntura; Indicar atividades de alongamento e orientação postural. Se não melhorarem as dores, considerar o uso de medicamentos: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Corrimento vaginal	O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada, pelo fato de as vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas. Avaliar sempre: Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros; Consultar o Fluxograma 7 do capítulo 1.	Orientar: O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido; Lembrar que em qualquer momento da gestação podem ocorrer as IST. Não usar cremes vaginais quando não houver sinais e sintomas de infecção vaginal (ver avaliação e tratamento no Quadro-Síntese do capítulo 1).	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua

continuação

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Cefaleia	É importante afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia. Avaliar sempre: Sinais de cefaleia secundária; Sintomas antes da gravidez; Diagnóstico prévio de enxaqueca; Uso de medicamentos.	Orientar: Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores; Se dor recorrente, agendar consulta médica e orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade etc. Considerar o uso de analgésicos comuns: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Varizes	Manifestam-se, preferencialmente, nos membros inferiores e na vulva, exibindo sintomatologia crescente com o evoluir da gestação. Avaliar sempre: Dor contínua ou ao final do dia; Presença de sinais flogísticos; Edema persistente.	Orientar que o tratamento na gestação consiste nas seguintes medidas profiláticas: Mudar de posição com maior frequência; Não permanecer por muito tempo em pé, sentada ou com as pernas cruzadas; Repousar por 20 minutos com as pernas elevadas, várias vezes ao dia; Utilizar meia elástica com suave ou média compressão, que pode aliviar o quadro de dor e edema dos membros inferiores; Não usar roupas muito justas, ligas nas pernas e nem meias 3/4 ou 7/8. Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Câimbras	Espasmos musculares involuntários e dolorosos que acometem, em especial, os músculos da panturrilha e se intensificam com o evoluir da gestação. Avaliar sempre: Uso de medicamentos; Presença de varizes; Fadiga muscular por uso excessivo.	Os cuidados gerais são mais eficazes que a conduta medicamentosa, sendo recomendado: Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar); Na gestação avançada, devem ser evitados o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e a permanência na posição sentada por longo período, como em viagens demoradas; Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé; Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido; Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional.	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua

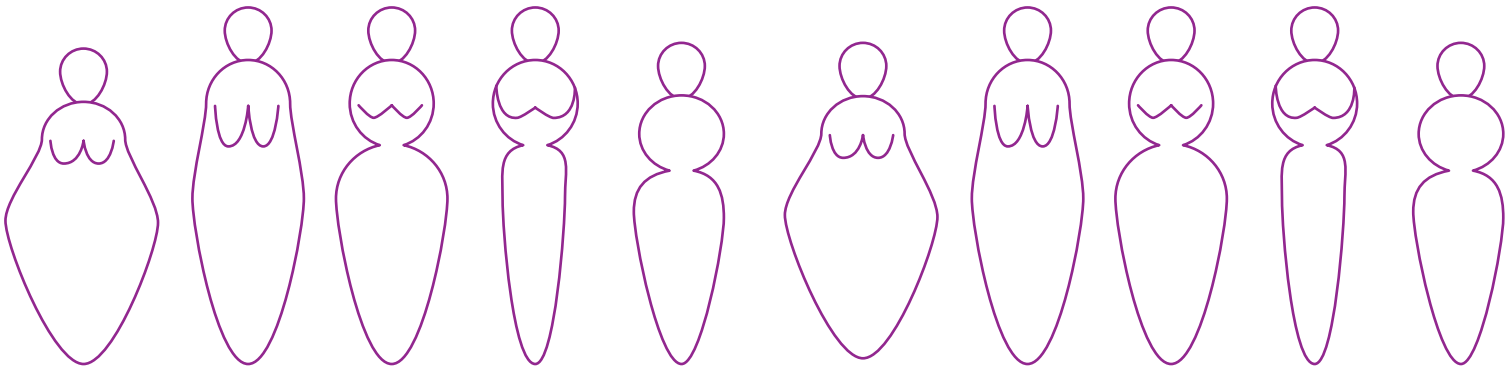
continuação

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Estrias	Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios.	É recomendado: Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção; Ainda que polêmica, na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada a massagem local, com óleos e cremes hidratantes compatíveis com a gravidez, livre de conservantes ou qualquer outro alergênico. Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinoico, também contraindicado na amamentação.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Pigmentação/ cloasma gravídico	O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico. A maioria das gestantes também apresenta grau de hiperpigmentação cutânea, especialmente na segunda metade da gravidez.	Geralmente estas hiperpigmentações desaparecem lentamente, ou ao menos regredem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico. É recomendado: Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto; Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha); Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia. O uso de ácido azelaico (despigmentante) é permitido na gestação	Enfermeiro(a)/médico(a)
Alterações na movimentação fetal	Caracterizada pela ausência, diminuição ou parada de movimentação fetal. A movimentação fetal se reduz ante a hipoxemia. Quando são relatadas mudanças abruptas no padrão de movimentação do conceito, elas podem revelar comprometimento fetal.	Realizar avaliação clínica, com observação cuidadosa dos batimentos cardíacos fetais. Recomenda-se: Orientar, a partir de 26 semanas, a realização de “mobilograma” (ver Saiba Mais) diário: pós-café, almoço e jantar (normal seis ou mais movimentos em uma hora em decúbito lateral esquerdo). Reduzir o intervalo entre as consultas de rotina.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Sangramento na gengiva	Caracterizada por vasodilatação, por aumento da vascularização e por edema do tecido conjuntivo, alterações estas provocadas por acentuado incremento na produção de hormônios esteroides. A hipertrofia gengival e a doença periodontal necessitam de atenção especializada. Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, bem como a síndrome HELLP.	Recomenda-se: Escovação dentária delicada, com o uso de escova de dentes macia e fio dental; Orientar a realização de massagem na gengiva; Realizar bochechos com soluções antissépticas. Agendar atendimento odontológico sempre que possível.	Enfermeiro(a)/médico(a)

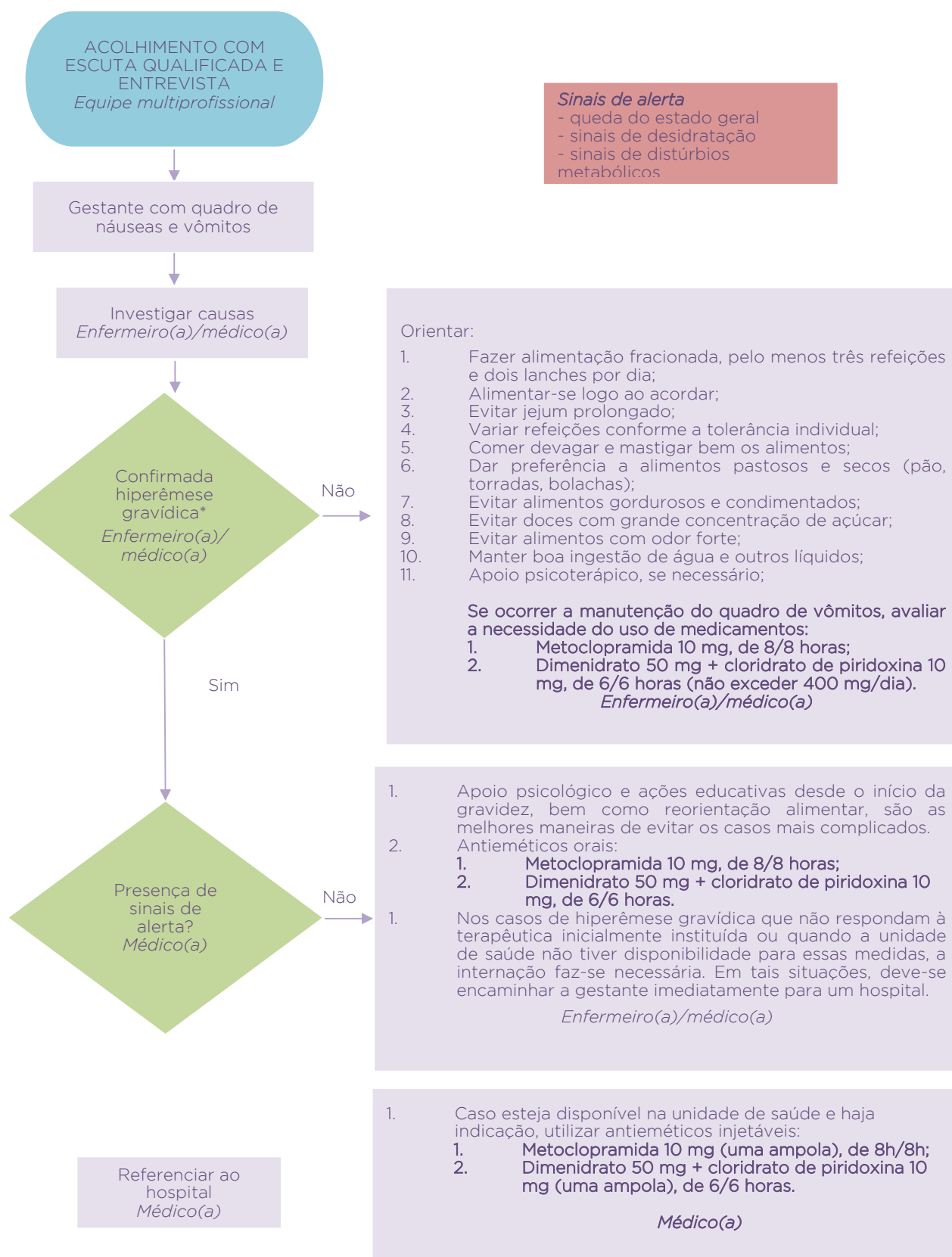
continua

conclusão

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Epistaxe e congestão nasal	Geralmente fisiológicos, resultam da embebição gravídica da mucosa nasal provocada pelos hormônios esteroides (vasodilatação, aumento da vascularização e edema do tecido conjuntivo). Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, no caso de epistaxe.	Congestão nasal: instilação nasal de soro fisiológico. Epistaxe: leve compressão na base do nariz. Casos mais graves: encaminhar ao especialista ou ao serviço de emergência.	Enfermeiro(a)/médico(a)

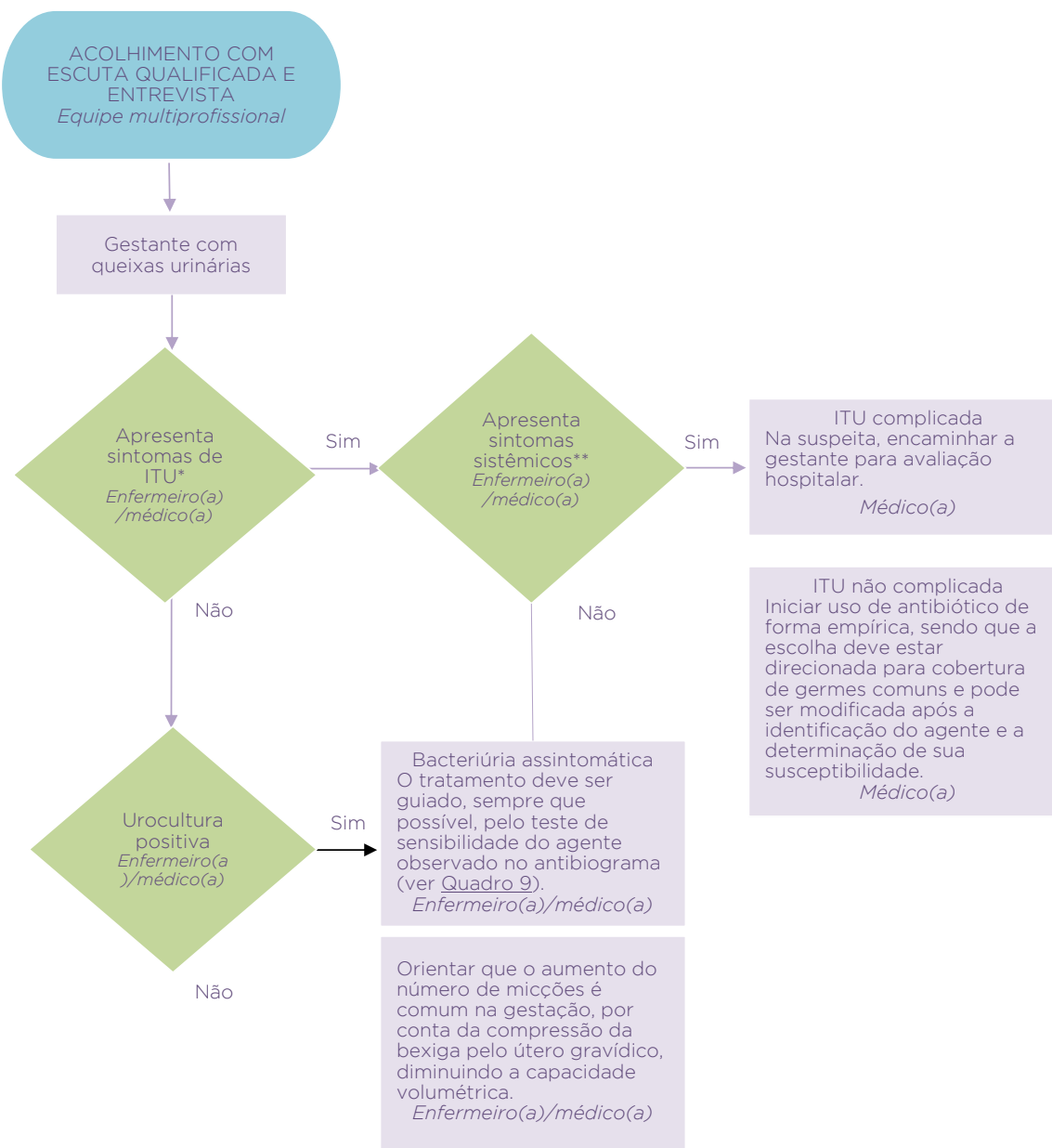


Fluxograma 2 – O que fazer nos quadros de náusea e vômitos^{2, 7}



* Hiperêmese gravídica: caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos).

Fluxograma 3 – O que fazer nas queixas urinárias^{2, 7}



- Repetir urinocultura sete a dez dias após o término do tratamento.
- Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição.
- Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico.
- Para orientações referentes à coleta da urinocultura (ver [Saiba Mais](#)).

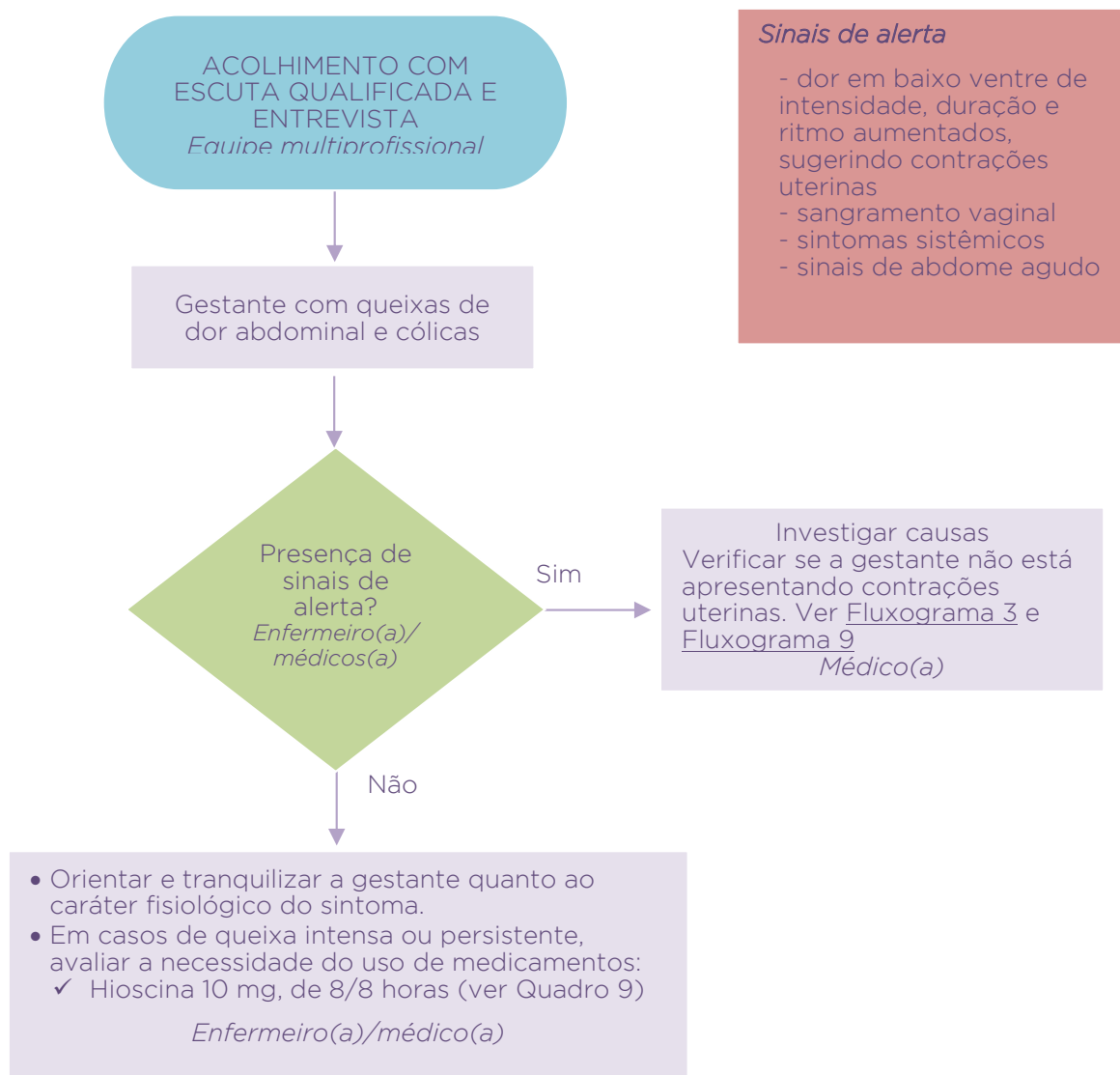
* Sintomas de infecção do trato urinário (ITU):

- dor ao urinar;
- dor suprapúbica;
- urgência miccional;
- aumento da frequência urinária;
- nictúria;
- estrangúria;
- presença de sangramento visível na urina.

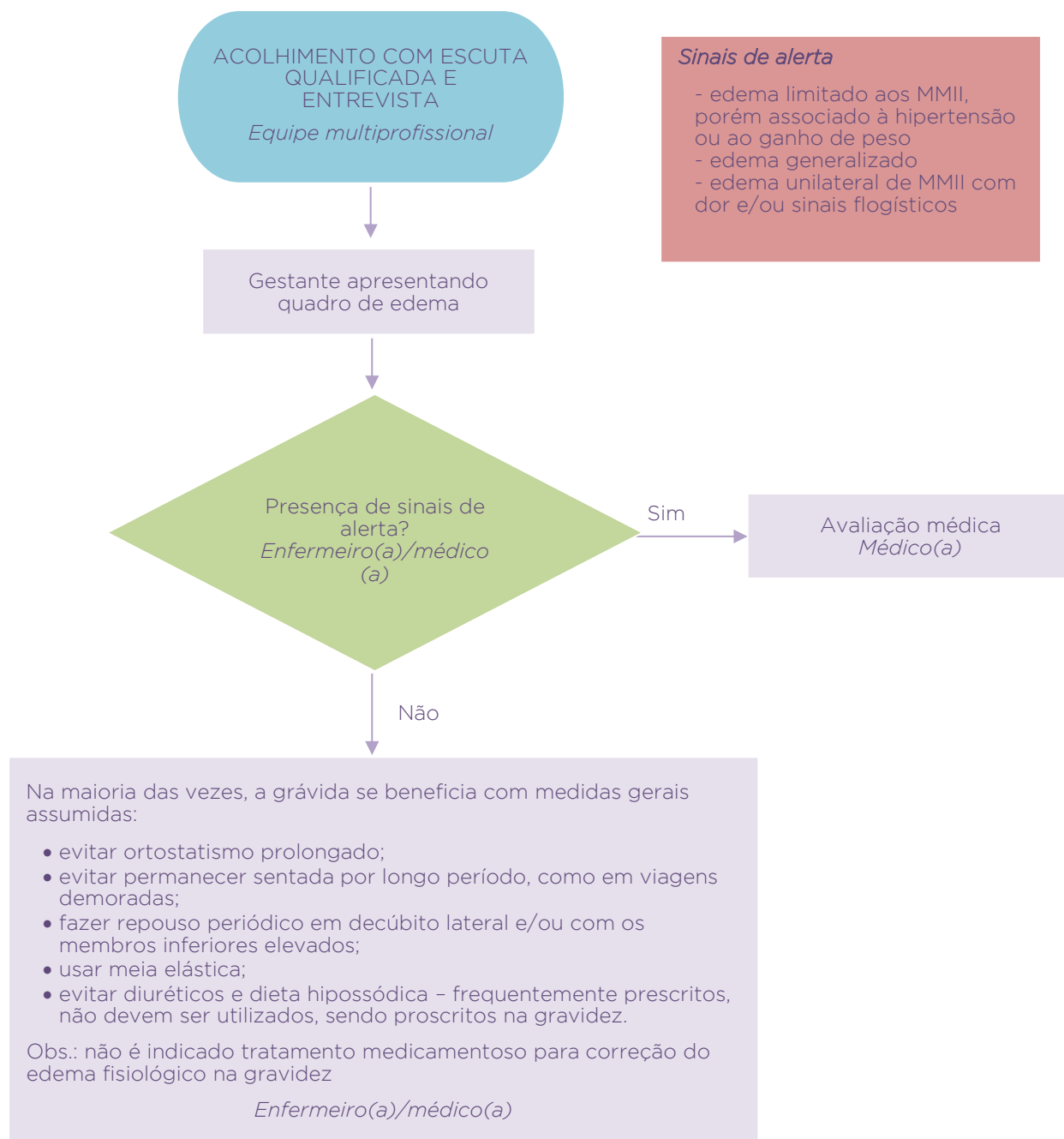
** Sintomas sistêmicos:

- febre;
- taquicardia;
- calafrios;
- náuseas;
- vômitos;
- dor lombar, com sinal de giordano positivo;
- dor abdominal.

Fluxograma 4 – O que fazer nos quadros de dor abdominal e cólicas^{2, 7}



Fluxograma 5 – O que fazer nos quadros de edema^{2, 7}



Quadro 8 – Atenção às intercorrências do pré-natal^{2, 7}

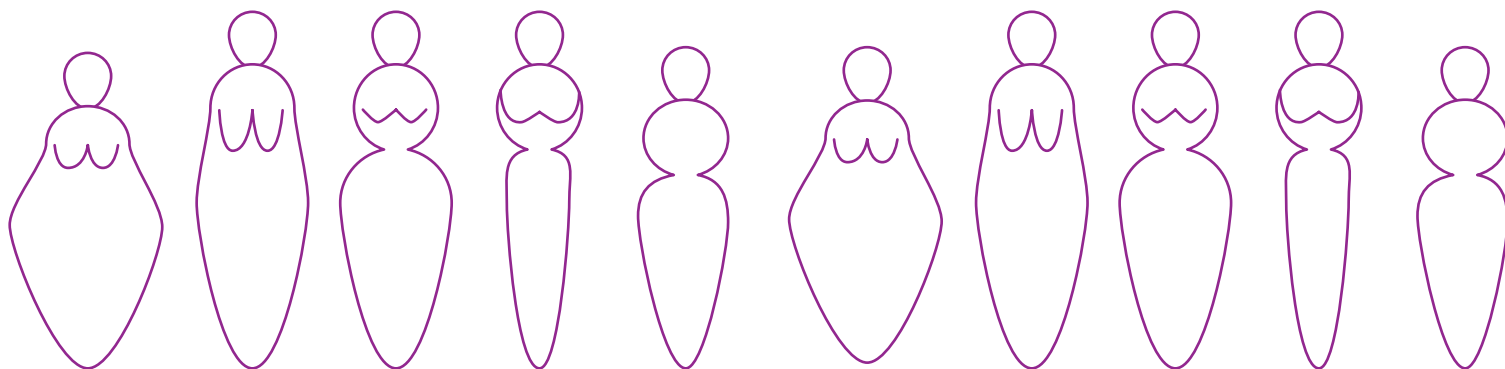
INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Abortamento	✓ Sinais de alerta para abortamento. ✓ Atraso menstrual. ✓ Sangramento vaginal. ✓ Presença de cólicas no hipogástrio. ✓ Realização de exame especular e toque vaginal. ✓ Visualização do colo uterino, para a constatação da origem intrauterina do sangramento e detecção de fragmentos placentários no canal cervical e na vagina; ao toque vaginal, avaliar permeabilidade do colo uterino e presença de dor. ✓ Ameaça de aborto x abortamento em curso: a diferenciação é pelo colo do útero (se está pérvio ou não). ✓ Idade gestacional acima de 12 semanas: risco de perfuração uterina por partes ósseas fetais, necessita de exame ultrassonográfico. ✓ Realização de exame ultrassonográfico, se possível. ✓ Para o diagnóstico de certeza entre uma ameaça de aborto e abortamento inevitável: presença de saco embrionário íntegro e/ou conceito vivo. ✓ Para o diagnóstico de aborto incompleto: presença de restos ovulares. ✓ Para o diagnóstico de aborto retido: presença de conceito morto ou ausência de embrião, com colo uterino impérvio. • No aborto infectado: secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral.	• Na ameaça de aborto: ✓ Administrar, por tempo limitado, antiespasmódicos (hioscina, 10 mg, um comprimido, via oral, de 8/8 horas); ✓ R e c o m e n d a r abstinência sexual; ✓ Observar evolução do quadro, pois uma ameaça de abortamento pode evoluir para gestação normal ou para abortamento inevitável; ✓ Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica. • No abortamento inevitável e aborto retido: ✓ Encaminhar para o hospital de referência obstétrica • No abortamento infectado: ✓ Iniciar fluidoterapia, para a estabilização hemodinâmica; ✓ Encaminhar para o hospital de referência obstétrica.	Médico(a)

continua

continuação

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Gravidez ectópica	Características: ✓ História de atraso menstrual com teste positivo para gravidez; ✓ Perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa, dor pélvica intermitente; ✓ USG após 5ª semana de gestação não demonstrando gravidez tópica. Sinais de alerta: sinais de irritação peritoneal e repercussões hemodinâmicas que podem ser discretas, apenas com lipotímia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário.	Encaminhar a gestante para um hospital de referência obstétrica.	Médico(a)

continua



continuação

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Outras causas de sangramento	• Doença trofoblástica gestacional <i>Características:</i> ✓ Presença de sangramento vaginal intermitente, de intensidade variável, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognomônico); ✓ A altura uterina ou o volume uterino, em geral, é incompatível com o esperado para a idade gestacional, sendo maior previamente a um episódio de sangramento e menor após (útero em sanfona); ✓ Não há presença de batimentos cardíacos ou outras evidências de embrião (nas formas completas); ✓ A presença de hiperêmese é mais frequente, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos; ✓ A doença trofoblástica pode vir com sangramento volumoso e até choque; ✓ A doença trofoblástica pode vir com hipertensão gestacional precoce.	• Encaminhar a gestante ao hospital de referência obstétrica.	Médico(a)
	• Descolamento corioamniótico <i>Características:</i> ✓ Sangramento de pequena intensidade no primeiro trimestre; ✓ A evolução em geral é boa e não representa quadro de risco materno e/ou ovular. <i>Realização de exame ultrassonográfico</i> ✓ Visualização do descolamento corioamniótico.	• Recomendações: ✓ Recomendar abstinência sexual; ✓ Caso haja disponibilidade de USG, a condução pode ser realizada na UBS. • Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica.	Médico(a)

continua

continuação

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Descolamento prematuro da placenta (DPP)	<i>Características:</i> ✓ Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável; ✓ Sangramento vaginal que pode variar de sangramento discreto a volumoso, muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno; pode ocorrer “sangramento oculto” quando não há exteriorização do sangramento; pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire); ✓ Causa importante de sangramento no 3º trimestre. <i>Realização do exame obstétrico:</i> ✓ Na fase inicial, ocorre taqui-hipersistolia (contrações muito frequentes [$>$ cinco em dez minutos] e intensas), seguida de hipertonia uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais; ✓ Útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias; ✓ Os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes; ✓ Comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea.	• Na suspeita diagnóstica, encaminhar a gestante, como emergência, ao hospital de referência obstétrica.	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua

continuação

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Placenta prévia	<i>Características:</i> ✓ Sangramento vaginal, súbito, de cor vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. É episódica, recorrente e progressiva. <i>Realização do exame obstétrico:</i> ✓ Revela volume e tono uterinos normais e frequentemente apresentação fetal anômala; ✓ Habitualmente, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos; ✓ O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal. <i>Realização de exame ultrassonográfico, se possível:</i> ✓ Visualização de placenta em localização baixa, confirmando o diagnóstico; ✓ Frequentemente, as placentas no início da gestação encontram-se localizadas na porção inferior do útero. Entretanto, somente 10% das placentas baixas no segundo trimestre permanecem prévias no termo.	• Referenciar a gestante para o alto risco.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Trabalho de parto prematuro (TPP)	<i>Características:</i> ✓ O TPP frequentemente está relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente à vaginose bacteriana; ✓ Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sintômica ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal onde estiver disponível; ✓ Na suspeita de infecção urinária, tratar conforme Fluxograma 3 e solicitar urina tipo I e urocultura; ✓ Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Tais casos costumam evoluir bem apenas com o repouso, principalmente se identificada e tratada a causa de base.	• Solicitar avaliação especializada, quando possível. • O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional, portanto a gestante deve ser encaminhada para um centro ou maternidade de referência.	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua

continuação

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Anemia	<i>Fatores de risco para anemia na gestação:</i> ✓ Dieta com pouco ferro, vitaminas ou minerais; ✓ Perda de sangue decorrente de cirurgia ou lesão; ✓ Doença grave ou de longo prazo (como câncer, diabetes, doença nos rins, artrite reumatoide, retrovirose, doença inflamatória do intestino, doença no fígado, insuficiência cardíaca e doença na tireoide); ✓ Infecções de longo prazo; ✓ Histórico familiar de anemia herdada, como talassemia e doença falciforme. <i>Características:</i> ✓ A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro; ✓ Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros.	Ver Fluxograma 6	Ver Fluxograma 6

continua

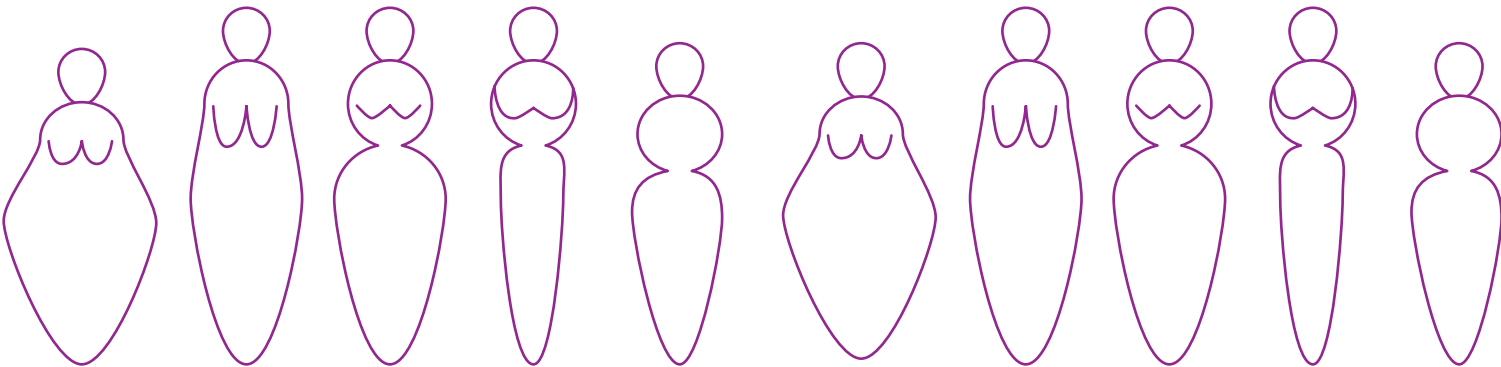
continuação

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, eclâmpsia	<i>Hipertensão arterial:</i> ✓ Define-se como hipertensão arterial quando a pressão arterial sistólica atinge valor ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica atinge valor ≥ 90 mmHg, em duas medidas com intervalo de pelo menos quatro horas; ✓ As consultas pré-natais devem ser mensais até a 30ª semana, quinzenais até a 34ª semana e semanais após essa idade gestacional até o parto. <i>Pré-eclâmpsia:</i> ✓ Caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas. <i>Eclâmpsia:</i> ✓ Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.	• Na hipertensão arterial: ✓ A metildopa é a droga preferida por ser a mais bem estudada e por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto (750-2.000 mg/dia); ✓ Outros antagonistas de canais de cálcio (ACC), como nifedipino (10-80 mg/dia), podem ser considerados como alternativas; ✓ Os betabloqueadores são considerados seguros na gravidez, embora se atribua a eles redução no crescimento fetal. • Por seus efeitos danosos ao feto, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), como captopril, e antagonistas da angiotensina II, como losartana, devem ser substituídos. • Na pré-eclâmpsia: ✓ Referenciar à urgência obstétrica e, caso a gestante não fique internada, encaminhar ao pré-natal de alto risco. • Na eclâmpsia: ✓ Referenciar à urgência obstétrica. • Ver Fluxograma 12.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Diabetes mellitus gestacional	✓ Diabetes gestacional costuma ser assintomático ou apresentar sintomas obstétricos: ganho de peso excessivo, altura uterina superior à esperada, entre outros.	Ver Fluxograma 11 .	Ver Fluxograma 11
IST	<i>Características:</i> ✓ As infecções sexualmente transmissíveis (IST), podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional; ✓ Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às IST não tratadas em gestantes.	• Tratar conforme diagnóstico, respeitando as particularidades da gestação (ver capítulo 1, sobre Queixas mais comuns).	Enfermeiro(a)/médico(a)

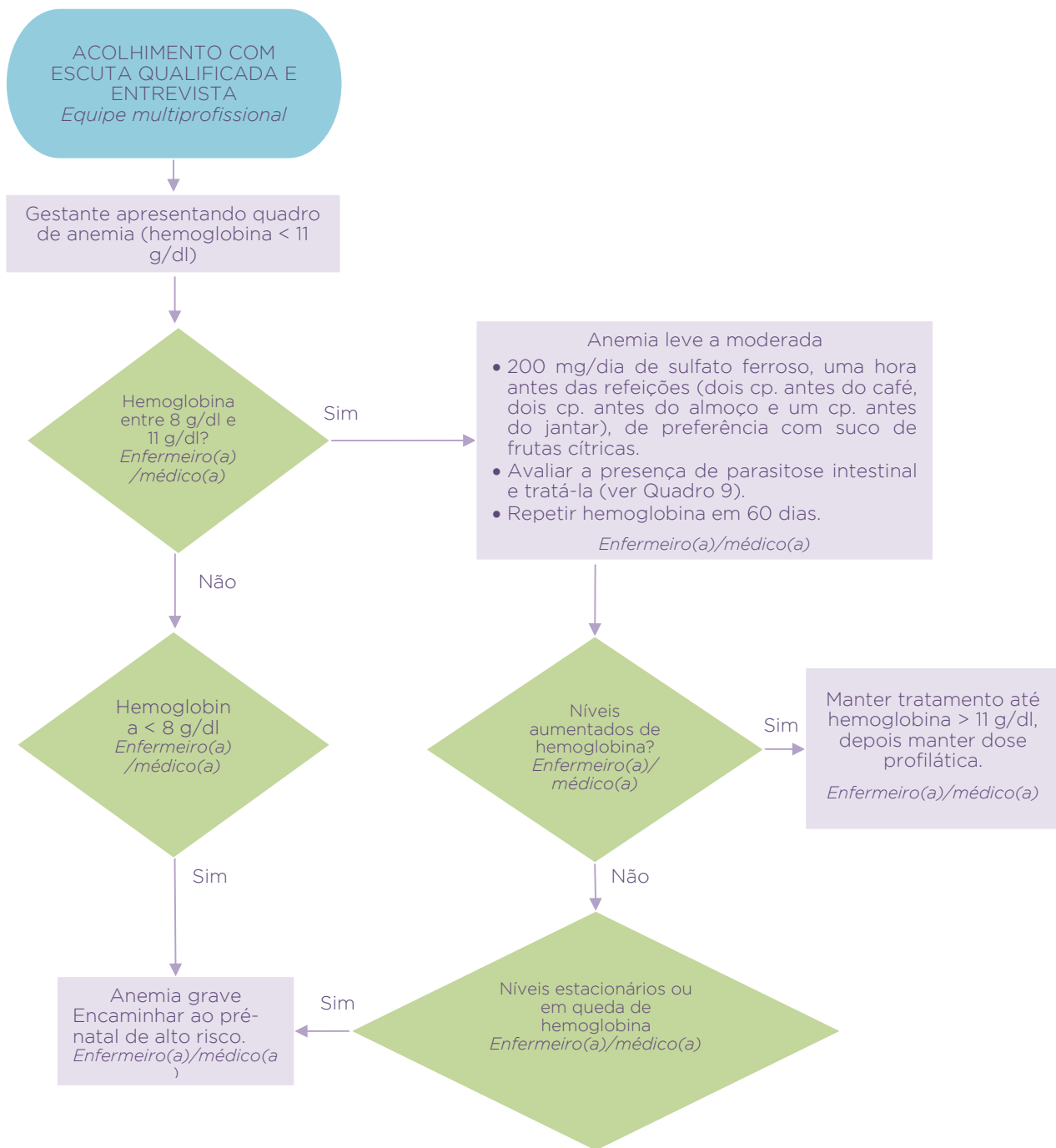
continua

conclusão

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Alterações do líquido amniótico	• Polidrâmnio; • Oligoidrâmnio; • Amniorrexe prematura; • Ver Fluxograma 10.	Ver Fluxograma 10 .	Ver Fluxograma 10
Gestação prolongada ou pós-datismo	• <i>Características:</i> ✓ Gestação prolongada é aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas; ✓ Gestação pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas.	• Encaminhar a gestante com IG > 41 para um centro de referência para outros testes de vitalidade fetal. • Monitorar a gestante até a internação para o parto.	Enfermeiro(a)/médico(a)



Fluxograma 6 - O que fazer na anemia gestacional^{2, 7}

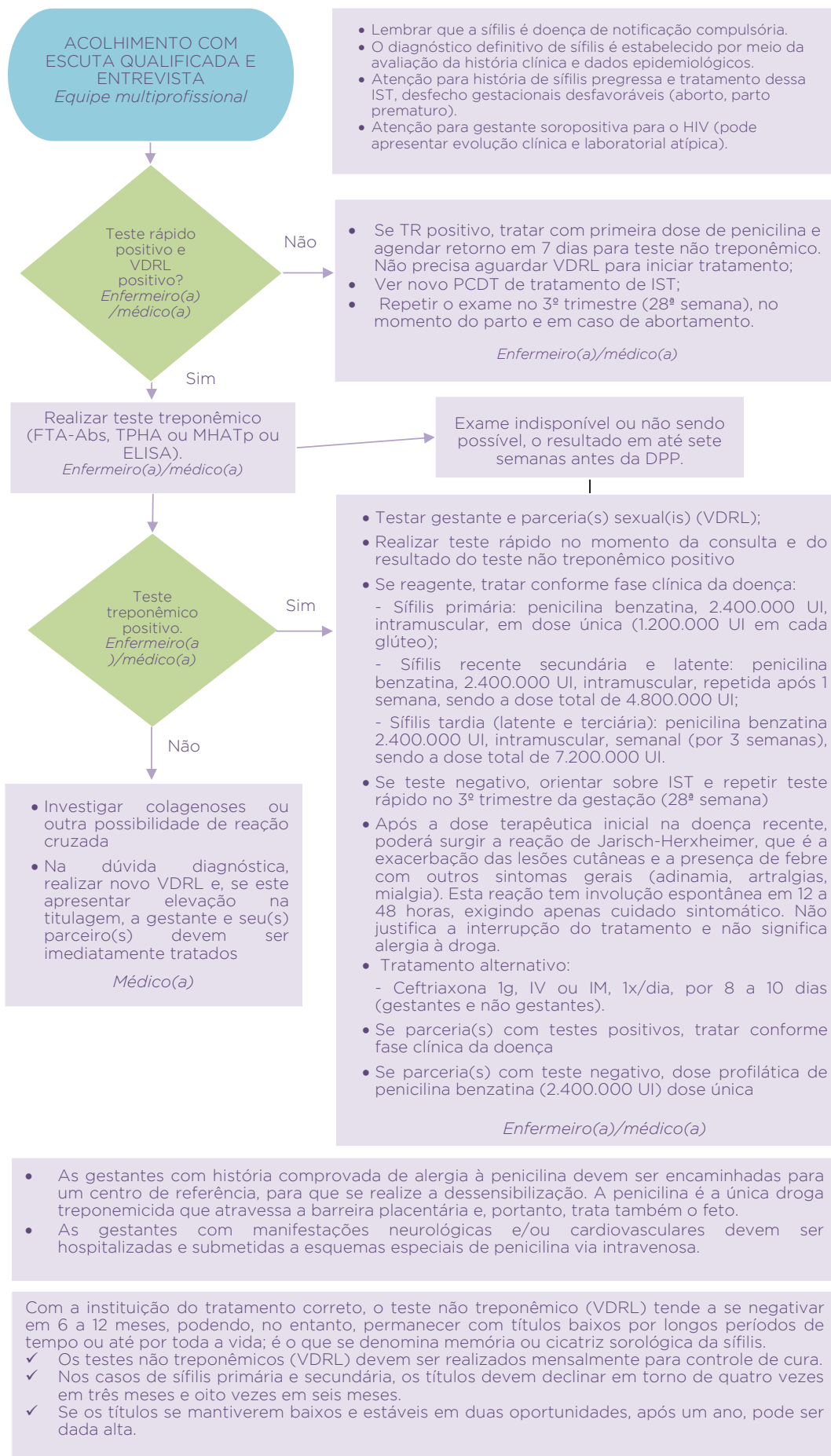


A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.

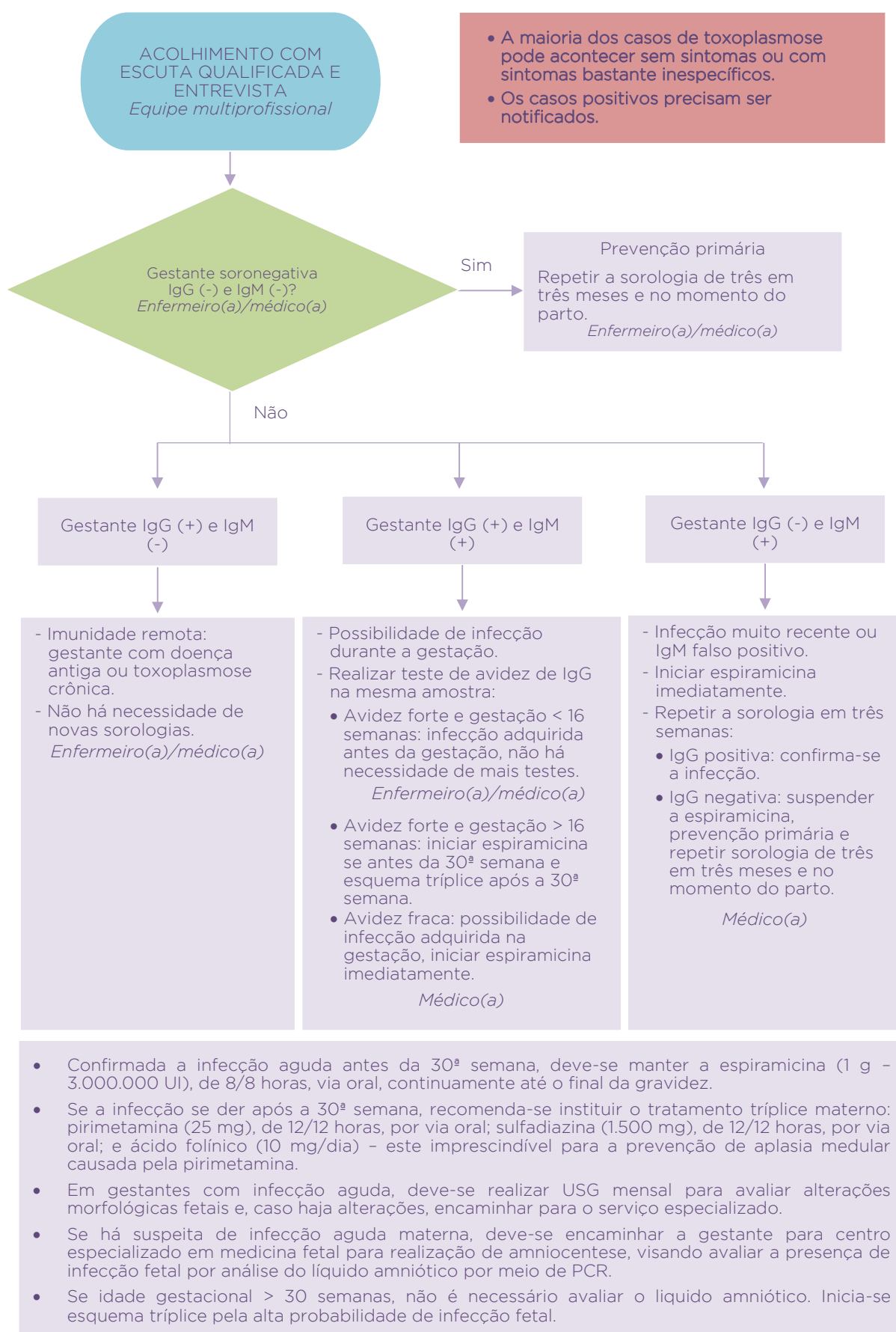
- Sulfato ferroso: um comprimido de 200 mg de Fe = 40 mg de ferro elementar.
- Administrar longe das refeições e preferencialmente com suco cítrico.
- Profilático: 1 comprimido (indicada suplementação diária a partir do conhecimento da gravidez até o terceiro mês após parto).
- Tratamento: quatro a seis comprimidos.
- Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros, avaliando a necessidade de acompanhamento no alto risco.

Enfermeiro(a)/médico(a)

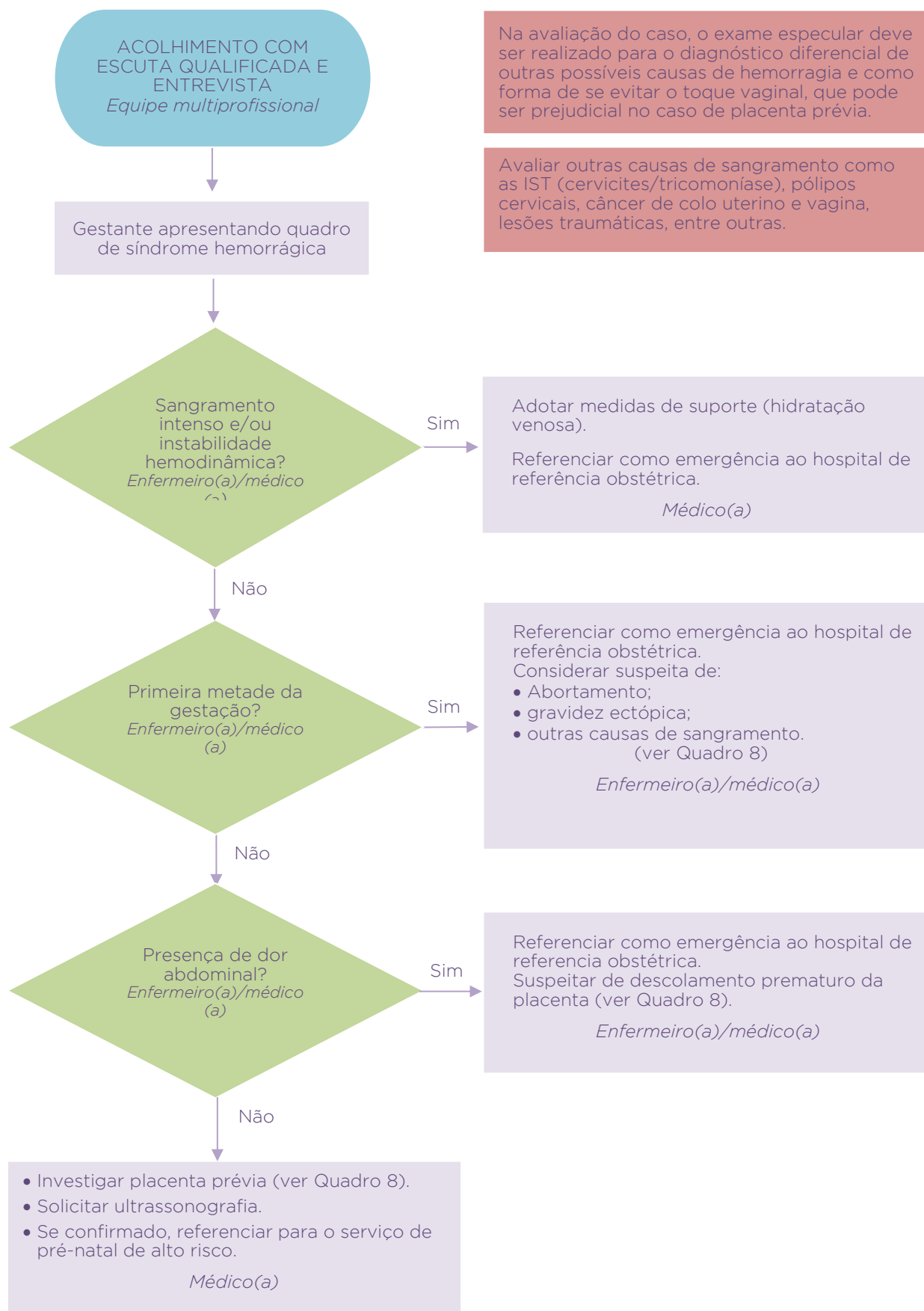
Fluxograma 7 - O que fazer nos quadros de sífilis^{2, 7}



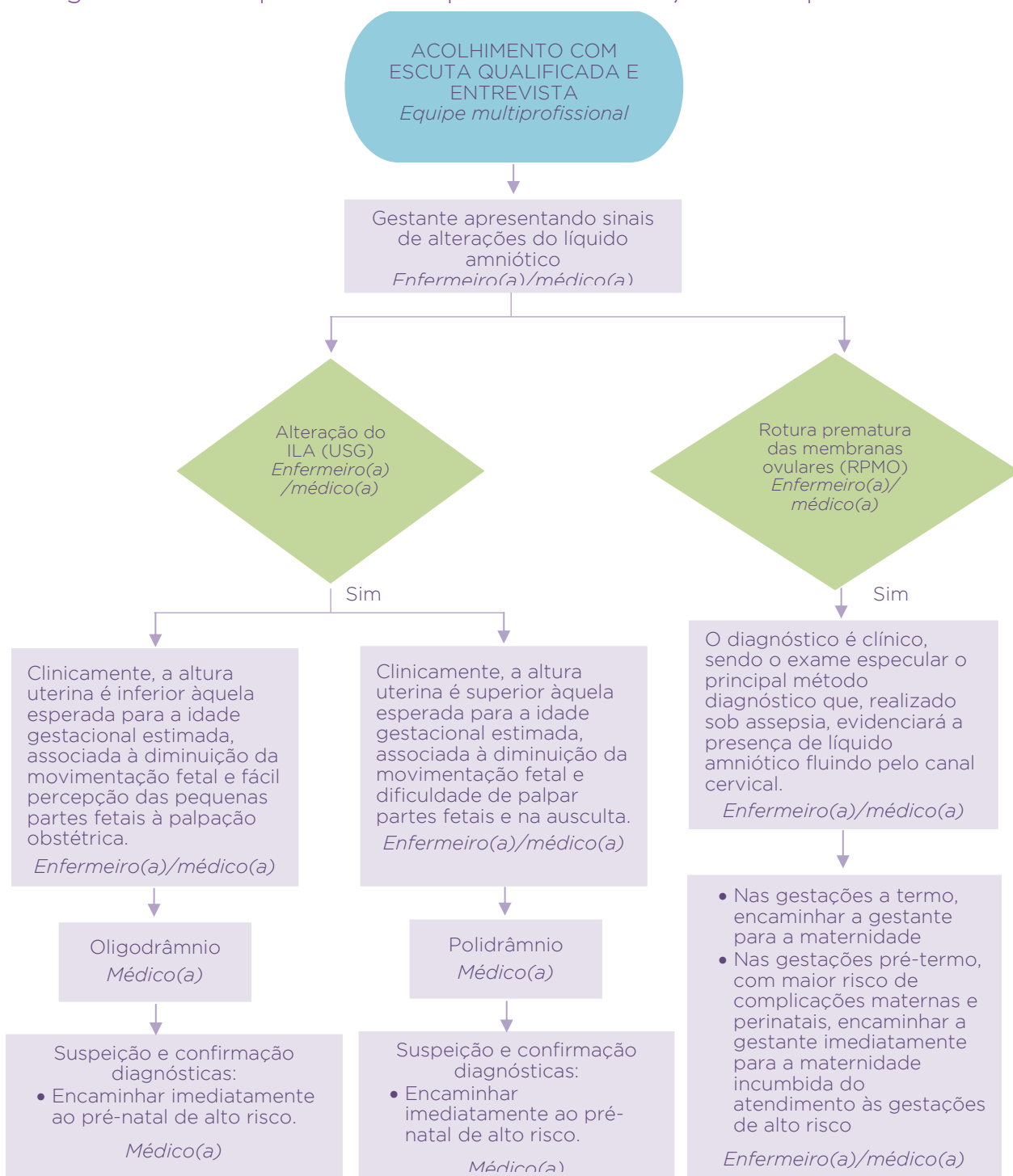
Fluxograma 8 – O que fazer nos quadros de toxoplasmose^{2,7}



Fluxograma 9 - O que fazer nas síndromes hemorrágicas^{2,7}



Fluxograma 10 – O que fazer nos quadros de alterações do líquido amniótico^{2,7}



- No diagnóstico diferencial da RPMO, deve-se distingui-la da perda urinária involuntária e do conteúdo vaginal excessivo. A presença de líquido em fundo de saco vaginal, as paredes vaginais limpas e a visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício do colo, espontaneamente ou após esforço materno, indicam a confirmação diagnóstica.
- Na RPMO, embora a ultrassonografia não permita firmar o diagnóstico, ela pode ser muito sugestiva ao evidenciar, por intermédio da medida do ILA abaixo do limite inferior para a respectiva idade gestacional, a presença de oligodrâmnio.
- Os casos suspeitos ou confirmados de RPMO não devem ser submetidos ao exame de toque vaginal, pois isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais.

Fluxograma 11 – O que fazer no diabetes mellitus gestacional (DMG)^{2,7}



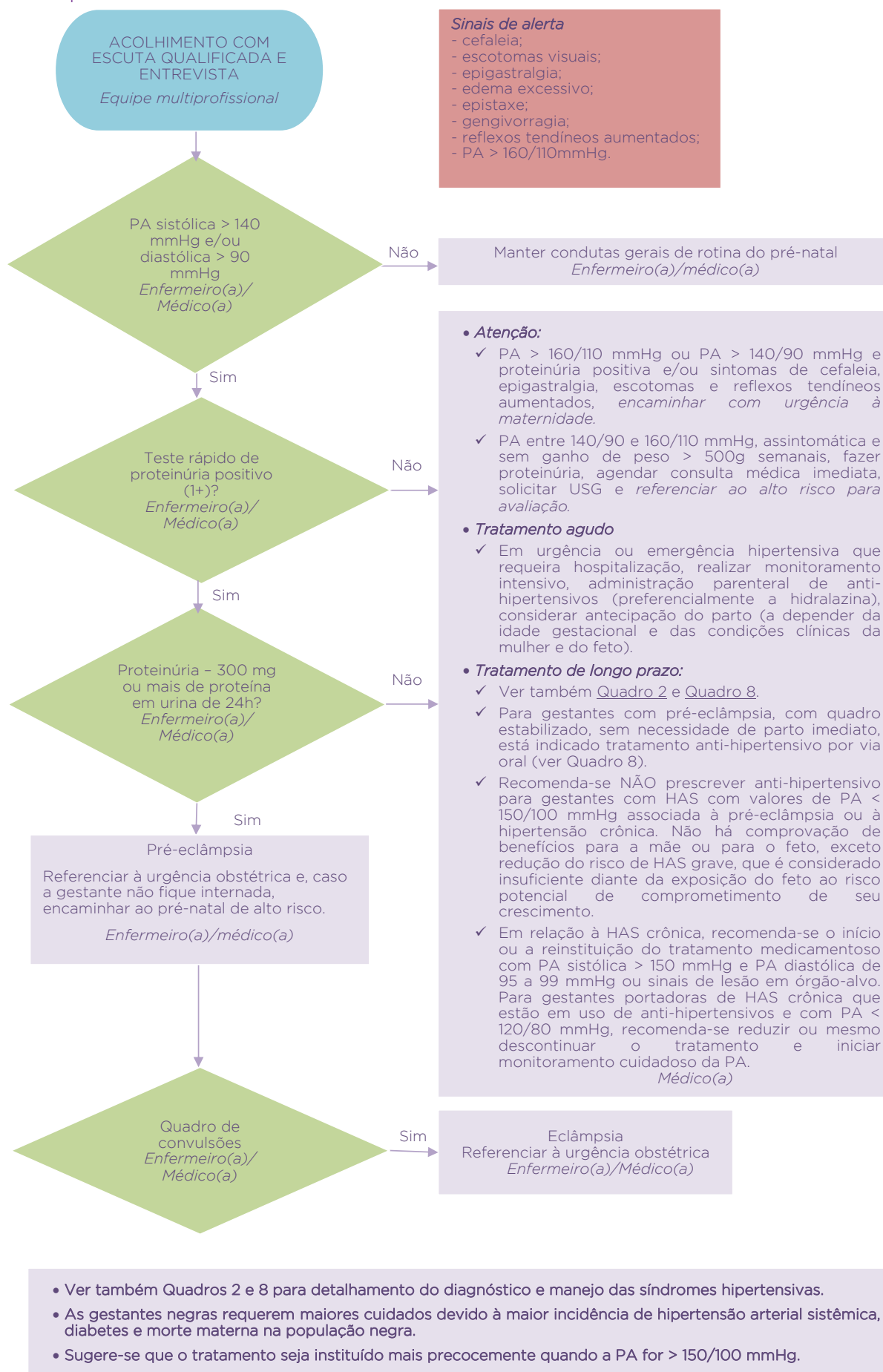
Manifestação do DMG:

- idade de 35 anos ou mais;
- sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual;
- deposição central excessiva de gordura corporal;
- baixa estatura ($\leq 1,50$ m);
- crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia (peso $\geq 4,5$ kg) ou DMG;
- história familiar de DM em parentes de 1º grau;
- síndrome de ovários policísticos.

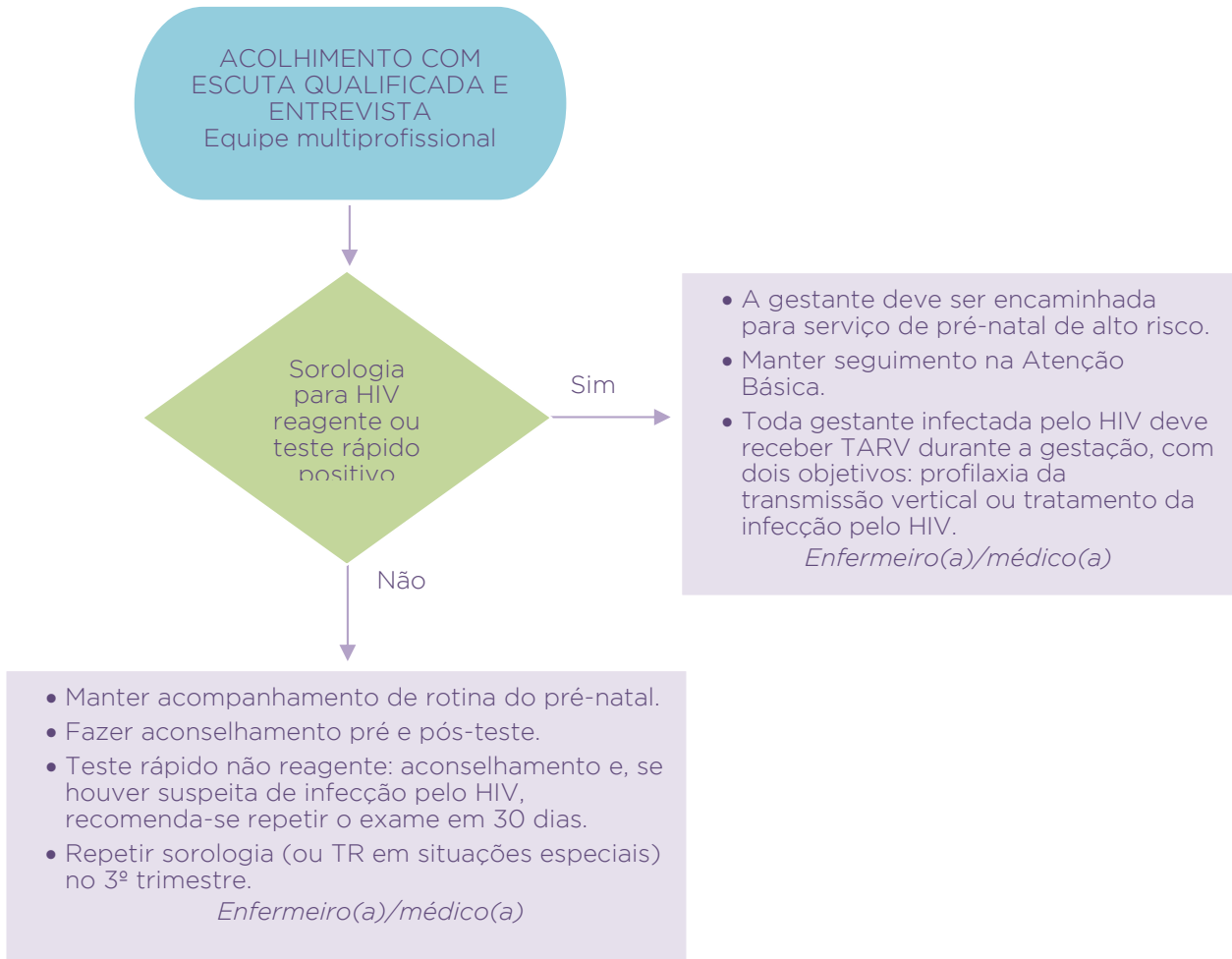
Recomendações

- Para a maioria das gestantes, o DMG responde bem somente com o controle alimentar, baseado nos mesmos princípios de uma alimentação saudável, com exercícios físicos e com suspensão do fumo.
- Algumas mulheres, entre 10% e 20%, necessitarão usar insulina, principalmente as de ação rápida e intermediária, caso as medidas não farmacológicas não controlem o DMG.
- Os hipoglicemiantes orais são contraindicados na gestação devido ao risco aumentado de anomalias fetais.
- Na grande maioria dos casos, os efeitos relacionados ao DMG para a mãe e para o feto em formação não são graves.
- O uso de insulina deve ser mantido nas gestantes que já faziam uso antes da gravidez e iniciado nas diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes orais.
- Os ajustes de doses são baseados nas medidas de glicemia, cujo monitoramento pode ser realizado diariamente em casa, com uso de fitas para leitura visual ou medidor glicêmico apropriado – método ideal de controle.

Fluxograma 12 – O que fazer nas síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia e eclâmpsia^{2, 7}



Fluxograma 13 – O que fazer nos resultados de sorologia do HIV^{2, 7}



- O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem (etapas 1 e 2).
- Eventualmente, podem ocorrer resultados falso-positivos. A falsa positividade na testagem é mais frequente na gestação do que em crianças, homens e mulheres não grávidas e pode ocorrer em algumas situações clínicas, como no caso de doenças autoimunes.
- Diagnóstico com testes rápidos: a possibilidade de realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em uma única consulta, com o teste rápido, elimina a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado sorológico e possibilita a acolhida imediata, no SUS, das gestantes que vivem com HIV.
- Nos casos de gestantes já sabidamente HIV positiva ou em uso de antirretroviral, encaminhar para acompanhamento em serviço de pré-natal de alto risco e Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e atentar para a prevenção de transmissão vertical. Para mais informações, ver o [capítulo Planejamento Reprodutivo](#).
- O TR se destina a todas as gestantes.
- As gestantes HIV positivas deverão ser orientadas a não amamentar (para mais informações, ver [seção sobre Promoção do aleitamento materno](#)).

Quadro 9 – Relação de medicamentos essenciais na atenção ao pré-natal^{7, 17}

MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	GRAU DE SEGURANÇA	
				Gestação	Lactação
Aciclovir	• Herpes simples	Comprimido (200 mg)	200-400 mg, 5x/dia (10 dias se primoinfecção e 5 dias na recorrência)	C	B
Ácido acetilsalicílico	• Lúpus eritematoso sistêmico • Síndrome antifosfolípide	Comprimido (100 mg e 500 mg)	• 500 mg, 1-4x/dia (antipirético e analgésico) • 100 mg, 1x/dia (profilaxia de pré-eclâmpsia)	C/D	C
Ácido fólico	• Prevenção de defeitos do tubo neural • Anemia • Anemia megaloblástica	• Solução oral (0,2 mg/ml) • Cápsula gelatinosa mole (400µg ou 0,4 mg)	400µg ou 0,4 mg, dose única diária • Anemia: até a cura e durante o puerpério. • Prevenção de defeitos do tubo neural: pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar até o final da gestação.	A	A
Ácido folínico	• Toxoplasmose • Feto infectado	Comprimido (15 mg)	1 comprimido, 1x/dia (durante três semanas seguidas, com pausa de três semanas, da época de diagnóstico da infecção fetal até o termo da gestação)	B	B
Alfa-metildopa	• Hipertensão arterial	Comprimido (250 mg)	750-2.000 mg/dia (na preconcepção, na gestação e puerpério)	B	B
Amoxicilina	• Antibioticoterapia	• Cápsula (500 mg) • Pó para suspensão oral (50 mg/ml)	500 mg, 8/8 horas (de 7 a 10 dias)	B	B
Ampicilina	• Infecção urinária • Infecções RN • Abortamento infectado • Infecção puerperal • Endocardite bacteriana	• Comprimido (500 mg) • Pó para solução injetável (500-1.000 mg)	500 mg, 6/6 horas (VO, IM ou EV) (de 7 a 10 dias)	A	A
Azitromicina	• Antibioticoterapia	Comprimido (500 mg)	• 500 mg, dose única diária (por 3 dias) • 1,5-2 g em dose única	C	B
Carbamazepina	• Epilepsia	• Comprimido (200 mg) • Xarope (20 mg/ml)	200-400 mg, dose única diária	D	B

continua

continuação

MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	GRAU DE SEGURANÇA	
				Gestação	Lactação
Cefalexina	• Infecção urinária • Bacteriúria	• Cápsula (500 mg) • Suspensão oral (50 mg/ml)	500 mg, 6/6 horas (por 7 dias)	B	B
Ceftriaxona	• Infecção urinária • Cervicite • Septicemia	Pó para solução injetável (250, 500 e 1.000 mg)	2-4 g/dia, EV (de 7 a 10 dias)	B	B
Clindamicina	• Vaginose bacteriana • Abortamento infectado • Infecção puerperal • Embolia pulmonar • Corioamnionite	Cápsula (75 e 150 mg)	• 300-600 mg/dia (VO, IM ou EV) (de 7 a 10 dias) • Creme vaginal 2%, 1x/dia (por 7 dias)	B	B
Diazepam	• Depressão	• Comprimido (2 e 5 mg) • Solução injetável (5 mg/ml)	2-10 mg, 2-4x/dia	D	B
Dimeticona	Flatulência	Comprimido (40 e 120 mg)	40-80 mg, 4x/dia	B	B
Dipirona	• Analgésico; • Antitérmico.	• Comprimido (500 mg) • Solução oral (500 mg/ml) • Solução injetável (500 mg/ml)	500 mg, 1-4x/dia	B	B
Eritromicina	Antibioticoterapia	• Cápsula (500 mg) • Comprimido (500 mg) • Suspensão oral (25 mg/ml)	250-500 mg, 6/6 horas (de 7 a 10 dias)	D/B	B
Espiramicina	• Infecção fetal por toxoplasmose	Comprimido (500 mg)	3 g/dia (até o término da gravidez)	B	B
Fenitoína	• Epilepsia	Comprimido (100 mg)	100 mg, 3x/dia	D	B
Fenobarbital	• Epilepsia	• Comprimido (100 mg) • Solução oral – gotas (40 mg/ml) • Solução injetável (100 mg/ml)	100-200 mg, dose única diária	D	D
Furosemida	• Diurético	• Comprimido (25 e 40 mg) • Solução injetável (10 mg/ml)	20-80 mg, dose única diária	D	D

continua

continuação

MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	GRAU DE SEGURANÇA	
				Gestação	Lactação
Gentamicina	- Abortamento infectado - Infecção puerperal - Corioamnionite - Septicemia	- Solução injetável (10 e 40 mg/ml) - Solução injetável (50 e 250 mg/ml)	240 ml/dia (EV ou IM) (de 7 a 10 dias)	D	B
Hidralazina	Hipertensão arterial	Solução injetável (20 mg/ml)	Uma ampola diluída em 20 ml de água destilada, administrar 5 ml da solução EV. Repetir a critério médico.	C	B
Hidróxido de alumínio	Pirose	- Comprimido mastigável (200 mg) - Suspensão oral (35,6 mg + 37 mg/ml)	300-600 mg, 4-6x/dia	C	B
Hioscina/ Butilescopolamina	Cólicas	Comprimido (10 mg)	10-20 mg, 3-5x/dia	B	D
Insulina humana NPH e regular	Diabetes	Solução injetável (100 UI/ml)	- NPH: 0,5 UI/kg/dia - Regular: 0,4 UI/kg/dia Adaptar segundo critério médico.	B	B
Mebendazol	Helmintíase	- Comprimido (150 mg) - Suspensão oral (20 mg/ml)	20 mg/dia (por três dias)	C	C
Metoclopramida	Hiperêmese	- Comprimido (10 mg) - Solução oral (4 mg/ml) - Solução injetável (5 mg/ml)	10 mg, 3x/dia (VO, IM ou EV)	B	B
Metronidazol	- Infecção puerperal - Septicemia - Abortamento infectado - Corrimento vaginal	- Comprimido (250 mg) - Creme vaginal 5%	2 g, dose única; - Um aplicador/dia, intravaginal (por sete dias).	B	B
Nifedipina	Hipertensão arterial	Comprimido (20 mg)	10-80 mg/dia (segundo critério médico)	C	B
Nitrofurantoína	Infecção urinária	- Comprimido (100 mg) - Suspensão oral (5 mg/ml)	100 mg, 6/6 horas (por 10 dias)	B/D	D

continua

conclusão

MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	GRAU DE SEGURANÇA	
				Gestação	Lactação
Paracetamol	• Analgésico • Antitérmico	• Comprimido (500 mg) • Solução oral (100 mg/ml)	500 mg, 1-4x/dia	B/D	B
Penicilina benzatina	• Sífilis	Pó para solução injetável (600.000 e 1.200.000 UI)	Até 2.400.000 UI (IM) com intervalo de uma semana	B	B
Primetamina	• Toxoplasmose • Feto infectado	Comprimido (25 mg)	25 mg, 8/8 horas (por três dias), seguidos de 25 mg, 12/12 horas (durante três semanas, com intervalo de três semanas, até o termo da gestação)	C	D
Propranolol	• Hipertensão arterial • Hipertireoidismo	Comprimido (40 e 80 mg/ml)	20-80 mg/dia	C/D	B
Rifampicina	• Hanseníase • Tuberculose	Cápsula (300 mg)	600 mg, dose única diária	C	B
Sulfadiazina	• Toxoplasmose • Feto infectado	Comprimido (500 mg)	500-1.000 mg, 6/6 horas	B/D	D
Sulfametoxazol + trimetoprim	• Antibioticoterapia	• Comprimido (400 + 80 mg) • Solução injetável (80 + 16 mg/ml) • Suspensão oral (40 + 8 mg/ml)	800 mg de SMZ+ 160 mg de TMP, 12/12 horas (de 7 a 10 dias)	C/D	D
Sulfato de magnésio a 50%	• Eclâmpsia	Solução injetável (500 mg/ml)	• Ataque: 4 g, em 10 min (EV); • Manutenção: 2 g/hora (EV).	B	B
Ferro elementar	• Anemia	• Comprimido (40 mg) • Solução oral (25 mg/ml)	200 mg, dose única (a partir do conhecimento da gravidez até 3º mês pós-parto)	C/D	B
Tiabendazol	• Estrongiloidíase	• Comprimido (500 mg) • Suspensão oral (50 mg/ml)	50 mg/kg/dia (dois dias seguidos)	C	B

Legenda:

A: Estudos controlados não mostraram riscos.

B: Sem evidência de riscos em humanos.

C: O risco não pode ser afastado, só deve ser prescrito se o benefício terapêutico justificar o potencial terapêutico.

D: Há evidência de risco, porém os benefícios terapêuticos da administração em grávidas/lactantes justificam a utilização.

X: Contraindicados na gestação/lactação.

Quadro 10 – Imunização: recomendações de rotina no pré-natal^{2, 7, 18}

VACINA	SITUAÇÃO	DOSES	ESQUEMA INDICADO	OBSERVAÇÕES
dT/dTpa	- Esquema vacinal desconhecido - Não vacinada	Três doses	1ª dose dT (qualquer idade gestacional) 2ª dose dT (após 60 ou no mínimo 30 dias da primeira) 3ª dose dTpa (após 60 dias ou no mínimo 30 dias da segunda, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação)	- Caso iniciado o esquema tardiamente, para prevenção do tétano neonatal, a 2ª ou 3ª dose deve ser realizada pelo menos 20 dias antes do parto, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da 1ª dose, garantindo uma dose de dTpa - A dose de dTpa deve ser administrada em todas as gestações, independentemente de já ter sido realizada em gestações anteriores - Para gestantes em áreas de difícil acesso, administrar dTpa a partir da 20ª semana de gestação, adequando as doses conforme informações nesse quadro, visando não perder a oportunidade
	Esquema incompleto	Completar esquema	Conforme o número de doses faltantes, sendo uma de dTpa, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação	
	Esquema com três doses de dT	Uma dose dTpa	Administrar uma dose de dTpa preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação	
	Vacinação completa	Uma dose dTpa	Reforço preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação	
Hepatite B	- Esquema vacinal desconhecido - Não vacinada - HBsAg (-) e Anti-HBs < 10	Três doses	1ª dose (após a 14ª semana de gestação) 2ª dose (após 30 dias da primeira) 3ª dose (após seis meses da primeira)	–
	Esquema incompleto	Completar esquema	Conforme o número de doses faltantes	
Influenza	Em qualquer período gestacional	Dose única	Dose única	Caso não tenha tomado a vacina no período gestacional, recomenda-se tomar no puerpério

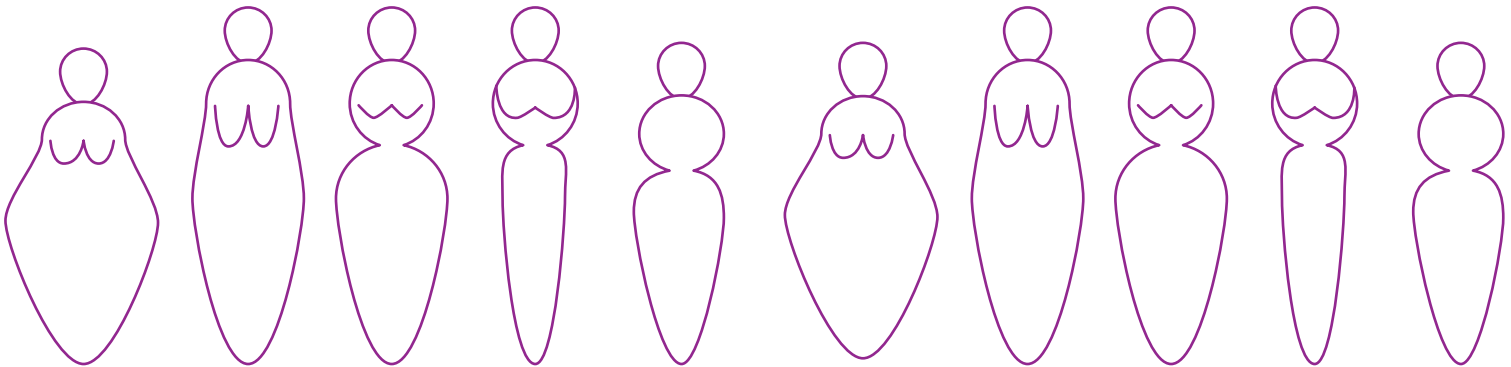
Quadro 11 – Vitaminas e minerais, suas funções, fontes e recomendações durante o período gestacional^{2, 19, 20}

NUTRIENTE	FUNÇÃO	FONTE	ORIENTAÇÃO DIETÉTICA
Ferro	Prevenção de anemia e nascimento pré-termo	• Carnes • Miúdos • Gema de ovo • Leguminosas • Vegetais verde-escuros	• Priorizar a ingestão de ferro heme (carnes e vísceras) e melhorar a biodisponibilidade de ferro não heme (leguminosas, verduras e ovos) com a ingestão de fruta ou suco de fruta cítrica (limão, laranja, acerola, goiaba). • Evitar o consumo, na mesma refeição ou horário próximo ao suplemento de ferro, de alimentos ricos em cálcio, café, chá (reduzem a biodisponibilidade do ferro).
Ácido fólico	Prevenção de defeitos do tubo neural e alterações na divisão celular	• Vegetais folhosos verdes • Frutas cítricas • Alimentos integrais • Legumes • Bife de fígado	• Consumir regularmente alimentos que contenham ácido fólico. • As mulheres que planejam engravidar podem iniciar a suplementação de ácido fólico, pelo menos 30 dias antes de engravidar, pois este micronutriente não é facilmente atingido somente pela alimentação.
Cálcio	Manutenção esquelética e função cardíaca	• Leite e derivados • Vegetais e os feijões contêm pequenas quantidades e sua biodisponibilidade é reduzida	• O consumo de café, chá-mate e chá-preto diminui a biodisponibilidade de cálcio. • Preferir os desnatados quando a gestante apresentar elevado ganho de peso ou dislipidemia.
Vitamina A	Prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso, descolamento placentário, mortalidade materna	• Leite • Fígado • Gema de ovo • Vegetais folhosos verdes (espinafre, couve, beldroega, bortalha e mostarda) • Vegetais amarelos (abóbora e cenoura) • Frutas amarelo-alaranjadas (manga, caju, goiaba, mamão e caqui) • Óleos e frutas oleaginosas (buriti, pupunha, dendê e pequi)	• As necessidades de vitamina A são facilmente alcançadas na alimentação. • A suplementação deste micronutriente não deve ser indicada na gestação, salvo em situações específicas (como no pós-parto imediato em áreas endêmicas para deficiência de vitamina A).
Vitamina D	Necessário para formação esquelética do feto	• Atum • Sardinha • Gema de ovos • Óleo de peixe • Salmão e fígado	• A exposição solar regular da pele atinge as recomendações. • Não há evidências suficientes de que a suplementação de vitamina D seja necessária.

continua

conclusão

NUTRIENTE	FUNÇÃO	FONTE	ORIENTAÇÃO DIETÉTICA
Vitamina C	Estimula melhor a absorção do ferro e reduz o risco de anemia materna	- Furtas (laranja, limão, caju, acerola, mexerica/tangerina, mamão, goiaba, morango) - Tomate - Brócolis	- Incentivar o consumo diário de alimentos fonte de vitamina C. - Preferir consumir os alimentos ricos em vitamina C de forma <i>in natura</i>, evitando o seu cozimento. - A necessidade de vitamina C aumenta em até duas vezes em mulheres fumantes, fumantes passivas, que fazem uso de drogas, consumo significativo de álcool e uso regular de aspirinas.



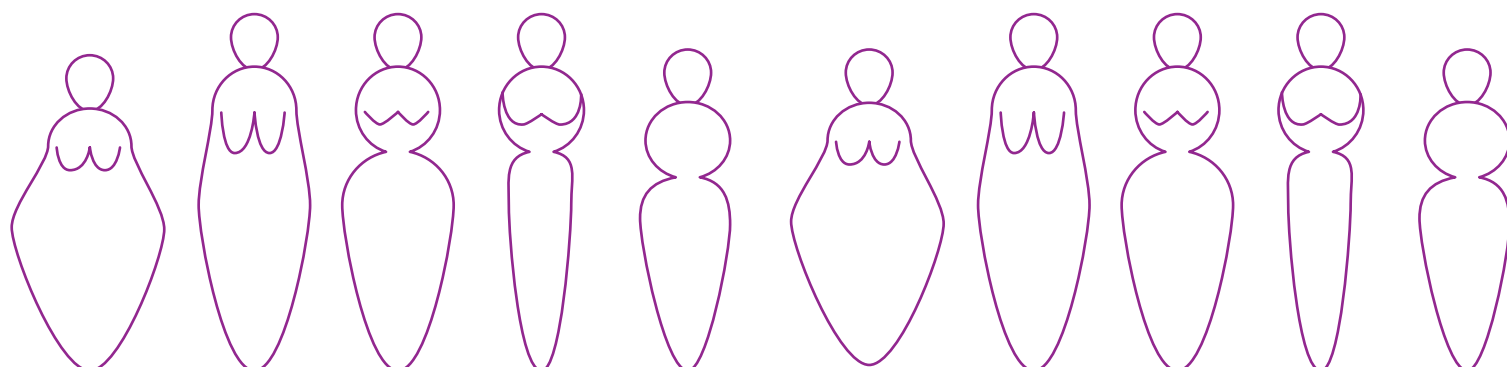
Quadro 12 – Preparo para o parto^{21, 22, 23, 24}

INDICAÇÕES REAIS DE CESARIANA	
• Prolapso de cordão – com dilatação não completa • Descolamento da placenta fora do período expulsivo (DPP) • Placenta prévia parcial ou total • Ruptura de vasa prévia	• Apresentação córmica (situação transversa) • Herpes genital com lesão ativa no momento em que se inicia o trabalho de parto • As urgências devem ser encaminhadas imediatamente à emergência obstétrica
NÃO SE CONSTITUEM INDICAÇÕES DE CESARIANA	
• Gestante adolescente • Presença de quadro de anemia • Baixa estatura materna • Bebê alto, não encaixado antes do início do trabalho de parto • Macrossomia • Ameaça de parto prematuro • Amniorrexe prematura • Cesárea anterior • Circular de cordão umbilical • Diabetes gestacional	• Desproporção cefalopélvica sem sequer a gestante ter entrado em trabalho de parto e antes da dilatação de 8 a 10 cm • Trabalho de parto prematuro • Pressão arterial alta ou baixa • Grau da placenta • Polidrâmnio ou oligodrâmnio • Infecção urinária • Presença de grumos no líquido amniótico • Gravidez prolongada • Falta de dilatação antes do trabalho de parto
SITUAÇÕES ESPECIAIS EM QUE A CONDUTA DEVE SER INDIVIDUALIZADA	
• Apresentação pélvica • HIV/aids	• Duas ou mais cesáreas anteriores
SITUAÇÕES QUE PODEM ACONTECER, PORÉM FREQUENTEMENTE SÃO DIAGNOSTICADAS DE FORMA EQUIVOCADA	
• Desproporção cefalopélvica (o diagnóstico só é possível intraparto) • Sofrimento fetal agudo (frequência cardíaca fetal não tranquilizadora)	• Parada de progressão que não resolve com as medidas habituais
CONDUTAS CONTRAINDICADAS DE ROTINA DE ASSISTÊNCIA AO PARTO	
• Lavagem intestinal • Episiotomia • Manobra de Kristeller (consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê)	• Soro com ocitocina • Raspagem dos pelos pubianos • Jejum • Imobilização durante o trabalho de parto • Romper a bolsa das águas

continua

conclusão

CESÁREA	PARTO NORMAL
• Para a mãe: ✓ Mais dor e dificuldade para andar e cuidar do bebê após a cirurgia; ✓ Maior risco de hemorragia, infecção e lesão de outros órgãos; ✓ Maior risco de complicações na próxima gravidez. • Para o bebê: ✓ Mais riscos de nascer prematuro, ficar na incubadora, ser afastado da mãe e demorar a ser amamentado; ✓ Mais riscos de desenvolver alergias e problemas respiratórios na idade adulta; ✓ Mais riscos de ter febre, infecção, hemorragia e interferência no aleitamento.	• Para a mãe: ✓ Rápida recuperação, facilitando o cuidado com o bebê após o parto; ✓ Menos riscos de complicações, favorecendo o contato pele a pele imediato com o bebê e o aleitamento; ✓ Processo fisiológico, natural; ✓ Menor risco de complicações na próxima gravidez, tornando o próximo parto mais rápido e fácil. • Para o bebê: ✓ Na maioria das vezes, ele vai direto para o colo da mãe; ✓ O bebê nasce no tempo certo, seus sistemas e órgãos são estimulados para a vida por meio das contrações uterinas e da passagem pela vagina.



Quadro 13 – A gestação no âmbito do trabalho, direitos sociais e trabalhistas⁷

DIREITO À SAÚDE Toda gestante tem direito a atendimento gratuito e de qualidade nos hospitais públicos e conveniados ao SUS	
• Carteira da Gestante: a gestante deve recebê-la na primeira consulta de pré-natal e esta deve conter todas as informações sobre o seu estado de saúde, desenvolvimento do bebê e resultados de exames realizados. • Tem o direito de ter a criança ao seu lado em alojamento conjunto, amamentar e receber orientações sobre amamentação, assim como a presença de um acompanhante, de livre escolha, durante as consultas de pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei nº 11.108/2005). • Realização gratuita de testes no RN (pezinho, orelhinha, olhinho e coraçõzinho) em todos os hospitais e maternidades.	
DIREITOS SOCIAIS	
• Prioridade nas filas para atendimentos em instituições públicas ou privadas. • Prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos. • Os pais têm direito de registrar seu bebê e obter a Certidão de Nascimento, gratuitamente, em qualquer cartório. • A mulher tem direito à creche para seus filhos nas empresas que possuem em seus quadros funcionais pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade.	
DIREITOS TRABALHISTAS	
• Estabilidade no emprego - Toda empregada gestante tem direito à estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto. • Licença e salário-maternidade - A gestante tem direito à licença-maternidade de 120 dias (art. 392), sem prejuízo do emprego e do salário, devendo a gestante notificar o seu empregador da data do início do afastamento, que poderá ocorrer entre o 28º dia antes do parto e a ocorrência deste. - O salário-maternidade é devido às seguradas empregadas, trabalhadoras avulsas, empregadas domésticas, contribuintes individuais, facultativas e seguradas especiais, por ocasião do parto, inclusive o natimorto, aborto, adoção ou guarda judicial. - O benefício poderá ser pago nos 120 dias em que ficam afastadas do emprego por causa do parto e poderá ter início até 28 dias antes. - Nos casos em que a criança venha a falecer durante a licença-maternidade, o salário-maternidade não será interrompido. - Em casos de aborto, será pago o benefício por duas semanas, a licença varia entre 14 a 30 dias de acordo com a prescrição médica. • Funções exercidas pela gestante - Durante a gravidez, a gestante poderá se adequar a outras funções no trabalho, sem prejuízo dos salários e demais benefícios, quando as condições de saúde da mãe e do bebê o exigir – assegurada a volta à função anteriormente exercida, logo após o retorno da licença-maternidade –, devendo a gestante apresentar ao empregador o atestado médico confirmando que as condições atuais do trabalho podem causar prejuízos à saúde da mãe e do bebê.	

continua

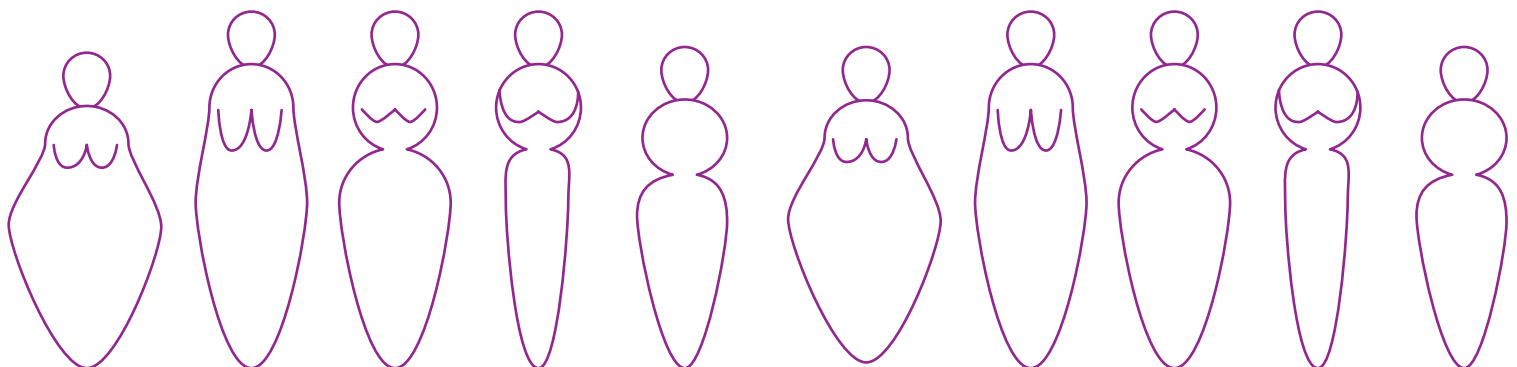
conclusão

DIREITOS DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE

- Dispensa do horário de trabalho para realização de no mínimo seis consultas médicas e demais exames complementares.
- Dispensa durante a jornada de trabalho para amamentar o filho, até que este complete 6 meses de idade, sendo dois descansos especiais de meia hora cada um.
- Quando a saúde de seu filho exigir, a licença de seis meses poderá ser dilatada, a critério da autoridade competente.

DIREITOS DO PAI

- O pai tem direito à licença-paternidade de cinco dias contínuos logo após o nascimento do bebê.
- O pai tem direito a participar do pré-natal.
- O pai tem direito a acompanhar a gestante durante o pré-parto, parto e pós-parto.



1.2 Saiba Mais

- Para aprofundar o conhecimento acerca dos cuidados durante o pré-natal de risco habitual, leia o Caderno de Atenção Básica nº 32 – *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf
- Sobre suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, leia a Diretriz: Suplementação Diária de Ferro e Ácido Fólico em Gestantes: www.who.int/iris/bitstream/10665/77770/9/9789248501999_por.pdf
- Sobre a avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional, leia o Caderno de Atenção Básica nº 32 – *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*, páginas 74 a 80, e o Caderno de Atenção Básica nº 38 – *Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica*: Obesidade, páginas 58 a 65: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf e http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
- Para saber mais sobre monitoramento de ganho de peso, leia Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf
- Sobre os dez passos para uma alimentação adequada e saudável, leia o *Guia alimentar para a população brasileira*, páginas 125 a 128: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>
- Sobre a alimentação da gestante, leia o Caderno de Atenção Básica nº 32 – *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*, páginas 80 a 88: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf
- Sobre atenção no pré-natal e puerpério, leia o *Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério SES-SP*, páginas 203 a 229: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoi.pdf
- Sobre os efeitos da exposição à fumaça do cigarro na gestação, acesse: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/tratamento_fumo_consenso.pdf
- Sobre educação em saúde no pré-natal, leia o Caderno de Atenção Básica nº 32 – *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*, páginas 146 a 148: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- Sobre segurança alimentar e nutricional, leia a publicação *O direito humano à alimentação adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*: <http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/publicacoes%20sisan/dhaasisan-miolo-030413.pdf/download>
- Sobre o consumo de adoçantes, bebidas alcoólicas e cafeína, leia o capítulo 6 do Documento de Atenção à Saúde da Gestante em APS do Grupo Hospitalar Conceição, páginas 53 a 68: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf>
- Sobre o acompanhamento de mulheres em gestação de alto risco, consulte o *Manual técnico de gestação de alto risco* do Ministério da Saúde: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
- Sobre doença falciforme, consulte: Doença Falciforme: Condutas Básicas Para o Tratamento: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_condutas_basicas.pdf

REFERÊNCIAS

- 1 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Manual instrutivo. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 2 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília, 2013. (Caderno de Atenção Básica n. 32). Disponível em: <<http://goo.gl/ZhsG6p>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 3 – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretriz: Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes**. Genebra: OMS, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/uqJg8t>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 4 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/6gQtRF>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 5 – BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos da ginecologia e neonatologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2007.
- 6 – BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (Inca). **Abordagem e tratamento do fumante – Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/OiUCuo>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 7 – SÃO PAULO (Estado). Secretaria Estadual da Saúde. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/CRqOw2>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 8 – CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/vJqZRT>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 9 – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (Febrasgo). **Manual de gestação de alto risco**. São Paulo: Febrasgo, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/Npm89p>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 10 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS, de 12 de dezembro de 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_eletroforese_hemoglobina_prenatal.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 11 – ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Conselho Federal de Medicina. **Projeto Diretrizes: Assistência Pré-Natal**. Brasília: AMB, 2006. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/02-AssistPre.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 12 – NORONHA NETO, C. et al. Importância da ultrassonografia de rotina na prática obstétrica segundo as evidências científicas. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 239-245, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/4WqOua>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 13 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/DkWgRg>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 14 – PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense**. Curitiba, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/K9pcKU>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

- 15 – HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. G. Rede Mãe Paranaense – Relato de experiência. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 77-86, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/IVH1bO>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 16 – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ). **Protocolos assistenciais**. 2. ed. Rio de Janeiro: PoD, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/Bpju2o>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 17 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/17dbrf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 18 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe técnico para implantação da vacina adsorvida difteria, tétano e coqueluche (Pertussis Acelular) tipo adulto – dTpa**. Brasília, 2014.
- 19 – LIMA, L. A.; GREGOLETTO, M. L. O. Alimentação saudável na gestação e puerpério. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/Ts3ICB>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 20 – VITOLO, M. R. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rúbio, 2008.
- 21 – AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 8, p. 415-422, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/A2KTYB>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 22 – SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II: [revisão]. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 459-468, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/QN0Tyx>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 23 – SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, p. 507-516, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>>.
- 24 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/xs8Ktp>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 25 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, 2015.

2 ATENÇÃO À MULHER NO PUERPÉRIO

O cuidado da mulher no puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal e deve incluir o pai, a família em seus diversos arranjos e toda a rede social envolvida nesta fase do ciclo vital e familiar.¹ O puerpério se inicia imediatamente após o parto e dura, em média (visto que o término é imprevisível), seis semanas após este, havendo variabilidade na duração entre as mulheres. Esta variação está relacionada especialmente a mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo da mulher, embora questões de ordem psicossocial relacionadas à maternidade, à sexualidade, à autoestima, à reorganização da vida pessoal e familiar estejam ocorrendo concomitantemente e influenciem a passagem desse período. Para facilitar a organização das ações de saúde, o puerpério pode ser dividido em imediato (do 1º ao 10º após o parto), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia, com término imprevisível).²

No planejamento das ações da equipe de Atenção Básica (Eab), deve-se garantir o acompanhamento integral da mulher e da criança, além de estimular (desde o pré-natal) o retorno precoce da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde após o parto. Isso pode ser concretizado com: *i)* agendamento do primeiro atendimento na AB antes no momento da alta da maternidade; *ii)* realização da visita domiciliar na primeira semana após o recém-nascido (RN) ter recebido alta (em até três dias da alta em caso de recém-nascido de alto risco); e *iii)* agendamento de consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto.¹ Essas ações prioritárias devem ocorrer no puerpério imediato e tardio (detalhadas no Quadro-Síntese, a seguir). O cuidado no puerpério remoto deve ser singularizado de acordo com as necessidades da mulher.

O pós-parto é um momento muito delicado para a mulher, pois envolve o cuidado do bebê e as mudanças físicas e emocionais, no cotidiano e nas relações sociais. Deve-se dar especial atenção às condições psíquicas e sociais da mulher neste momento, pois uma das características marcantes desse período é a ansiedade despertada com a chegada do bebê, o que pode ocasionar sintomas depressivos. É preciso continuar apoiando e protegendo essa mulher. Além das frustrações devido às expectativas que podem ter sido criadas em relação à experiência da maternidade confrontadas com a realidade vivida, muitas vezes a família não está preparada ou organizada para tudo que se apresenta nesse momento. É comum observar nas mulheres, durante o puerpério, sentimentos de ambivalência (medo, frustração, ansiedade, incapacidade), que podem surgir durante os primeiros momentos da mãe com o bebê. São frequentes os episódios de tristeza que, ocasionados pela mudança hormonal brusca logo após o parto, podem perdurar por algumas semanas, devendo ser compreendidos pela família e pela sociedade para não culpabilizar essa mulher. É um momento muito esperado por ela, mas, apesar disso, ela pode não se sentir bem. Esse estado depressivo mais brando é conhecido como *baby blues* ou *blues puerperal*, ocorre em 70% a 90% das mulheres e é transitório, não incapacitante e está associado às mudanças cotidianas – que exigem adaptações –, e às perdas vividas pela mulher nessa fase de transição.

Os profissionais da Atenção Básica devem estar atentos e preparados para apoiar a mulher e sua família, para reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social, e para utilizar os recursos das redes de saúde e intersetorial para lidar com os possíveis problemas surgidos nessa fase.

2.1 Quadro-síntese de atenção à mulher no puerpério^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14}

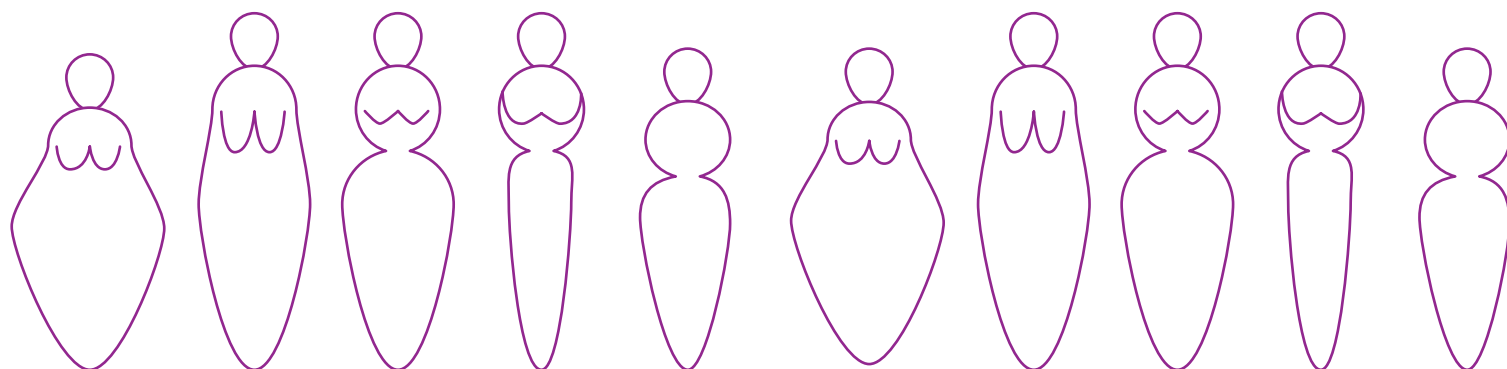
O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos de contato. Acolher as demandas da puérpera e sua família e identificar suas necessidades. Direcionamento para o atendimento e realização de procedimentos necessários.	Equipe multiprofissional
Avaliação global	Entrevista – puerpério imediato - Verificar Cartão da Gestante, dados da gestação (quantidade de consultas, uso de medicamentos, intercorrências no pré-natal), informações do parto e de possíveis intercorrências, uso de imunoglobulina anti-D para as puérperas Rh negativo, uso de megadose de vitamina A (ver Saiba Mais), informações sobre a alta do RN (caso não tenha ocorrido em conjunto com a mãe, registrar motivos). - Verificar dados do RN (peso, comprimento, Apgar, imunização, registro civil, realização dos testes do reflexo vermelho, do pezinho e da orelhinha etc.) e identificar RN de risco (baixo peso ao nascer, internação por intercorrência ao nascimento, história de morte de criança menor de cinco anos na família, mãe HIV positivo). Veja Saiba Mais para detalhamento da consulta do RN. - Em caso de parto vaginal com lacerações ou realização de episiotomia, perguntar sobre dor em local de sutura, presença de secreções e sinais flogísticos ou outras alterações. - Em caso de parto por via abdominal (cesariana), perguntar sobre sinais flogísticos e presença de secreção em ferida operatória.	Equipe multiprofissional
	- Atentar aos sinais de alerta: febre, sangramento vaginal, dor pélvica ou infecção, leucorreia fétida, alteração da pressão arterial, tontura muito frequente, mamas “empedradas” e doloridas. - Caso haja a presença de algum desses sintomas, deve ser realizada avaliação médica e, se necessário, solicitar remoção para o serviço hospitalar.	
	Exame físico geral e específico – puerpério imediato e tardio - Avaliar mamas e mamilo. - Examinar abdome (condição uterina, dor à palpação, aspecto da ferida operatória se parto cesariana). - Examinar períneo e genitais externos (verificar a presença e características dos lóquios e avaliar as condições das cicatrizes de lacerações ou episiotomia – não há necessidade de retirada de pontos, pois o fio da episiorrafia é absorvível).	Enfermeiro(a)/ médico(a)

continua

continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Plano de cuidado materno	Abordagem integral – puerpério imediato e tardio - Orientar, estimular e apoiar a família na amamentação exclusiva, reforçando a importância e benefícios (ver seção 3, sobre aleitamento materno). - Orientar cuidados com as mamas (ver seção 3, sobre aleitamento materno). - Orientar ingestão hídrica frequente, alimentação adequada e dieta fracionada. - Incentivar a prática de atividade física no puerpério tardio. - Compartilhar o cuidado – encaminhar a puérpera aos serviços especializados de saúde mental se detectado sofrimento mental grave, apoiar a família e articular outras redes de apoio social, quando necessário. - Atualizar o calendário vacinal da mulher, dT e tríplice viral, quando necessário. - Retirar os pontos da cesariana entre sete a dez dias após o parto, conforme orientação médica, no puerpério imediato. - No puerpério imediato, tirar dúvidas e orientar quanto ao retorno da atividade sexual e planejamento reprodutivo. - No puerpério tardio, orientar e recomendar métodos contraceptivos de acordo com a preferência e condição clínica da mulher – ver o protocolo de Planejamento Reprodutivo.	Equipe multiprofissional

continua



continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	Orientação exercícios respiratórios, posturais e de fortalecimento muscular - Puerpério imediato (1º ao 10º dia após o parto): • Orientar quanto à postura no leito (decúbito lateral para facilitar a eliminação dos flatos), incentivar a deambulação precoce e evitar posturas antálgicas, que podem gerar dor musculoesquelética. Estimular sempre a postura correta, principalmente para a amamentação (sentada em cadeira com apoio lombar e dos membros superiores), trocas e carregamento. • Os exercícios metabólicos devem ser incentivados a fim de evitar a estase venosa e o edema (postura sentada com apoio lombar e as pernas esticadas – a puérpera deve movimentar os pés cima, para baixo e girar por dez vezes, no mínimo três vezes ao dia). Os exercícios respiratórios visam aumentar a expansibilidade torácica (puxar o ar pelo nariz e soltar pela boca), podendo ser associados a exercícios ativos de membros superiores e membros inferiores, o que também favorece a motilidade gastrointestinal. Em caso de parto cesárea, evitar a contração perineal e abdominal até a cicatrização da sutura. Após a retirada dos pontos, pode-se realizar a automassagem pericicatricial, a fim de prevenir queloides e cicatrizes hipertróficas. - Puerpério tardio (11º ao 45º após o parto): • Os exercícios para o assoalho pélvico devem ser realizados com frequência e de forma gradativa, garantindo a conscientização e seu fortalecimento (orientar a puérpera a realizar a contração simulando segurar a urina, manter por cinco segundos e relaxar, repetindo por dez vezes, três vezes ao dia). • A puérpera pode ser avaliada para início gradativo de exercícios de fortalecimento da musculatura abdominal, iniciando-se com transversos, evoluindo para oblíquos e, por fim, reto abdominal. - Puerpério remoto (do 45º dia em diante): • Além dos exercícios do puerpério tardio, é possível inserir outros exercícios de reeducação postural e ganho de força dos músculos abdominais, estímulo ao condicionamento físico e relaxamento, observando a intensidade e frequência, que devem variar de acordo com a avaliação individual da puérpera.	

continua

conclusão

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Plano de cuidado com o recém-nascido	Abordagem medicamentosa e encaminhamentos – puerpério imediato e tardio - Prescrição de sulfato ferroso 40 mg de ferro elementar (comprimido de 200 mg), 30 minutos antes almoço, de preferência com suco de frutas cítricas, até três meses após o parto. - Avaliar uso de medicamentos conforme o Quadro 9 da seção sobre pré-natal. - Puérperas que tiveram o pré-natal em serviço de alto risco devem retornar também ao serviço especializado.	Enfermeiro(a)/médico(a)
	Abordagem medicamentosa e reavaliação de puérpera com comorbidades – puerpério imediato e tardio - Em caso de comorbidades (como DHEG, DMG, outros), revisar terapêutica medicamentosa (quando houver) e outras condutas relacionadas, com atenção às contraindicações devido ao aleitamento.	Médico(a)
	Cuidados com recém-nascido no puerpério imediato – para mais informações, ver CAB 32, parte 9; e CAB 33, parte 2.^{1,7} - Orientar sobre imunização e encaminhar para a sala de vacina se necessário; - Encaminhar o RN para realizar a Triagem Neonatal; - Observar a interação mãe-bebê (carícias, contato visual, expressões não verbais); - Examinar RN (peso, estatura, perímetro cefálico, mucosas, hidratação, fontanelas, condições de coto umbilical, genitália, pele, desenvolvimento neuropsicomotor); - Orientar manejos durante episódios de cólicas, explicar as causas; - Orientar cuidado com coto umbilical; - Orientar o banho de sol diário; - Orientar e estimular ao acompanhamento de puericultura.	Equipe multiprofissional

REFERÊNCIAS

- 1 – BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia**: aspectos da ginecologia e neonatologia. Rio de Janeiro: Medsi, 2007.
- 2 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_2ed.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 3 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília, 2013. (Caderno de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 4 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual. 5. ed. Brasília, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 5 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_programa_nacional_vitamina_a_2edicao.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 6 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 7 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**: manual técnico. Brasília, 2005. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5)
- 8 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. (Caderno de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 9 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: nutrição infantil – Aleitamento materno e alimentação. Brasília, 2009. (Caderno de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 10 – DERTKIGIL et al. Líquido amniótico, atividade física e imersão em água na gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 403-410, out. / dez., 2005.
- 11 – GAIO, D. S. M. Assistência pré-natal e puerpério. In: DUNCAN, B.B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 357-67.
- 12 – LEITÃO et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde na mulher. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 6, n. 6, nov./dez. 2000.
- 13 – MARQUES, A. A.; SILVA, M. P. P.; AMARAL, M. T. P. **Tratado de fisioterapia em saúde da mulher**. São Paulo: Rocca, 2011.
- 14 – NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Antenatal care**. London: Nice, [2008] 2014. (Nice Clinical Guideline, n. 62). Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/resources/guidance-antenatal-care-pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 15 – SÃO PAULO (Estado). Secretaria Estadual da Saúde. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010.
- 16 – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Assistência ao Puerpério. In: BORNIA, Rita Guérios; COSTA JUNIOR, Ivo Basílio; AMIM JUNIOR, Joffre (Org.). **Protocolos assistenciais**: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coletânea de artigos: anestesiologia, neonatologia, obstetrícia. Rio de Janeiro: PoD, 2013. Disponível em: http://www.me.ufrj.br/portal/images/stories/pdfs/obstetricia/assistencia_ao_puerperio.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.

3 PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL

O pré-natal é o momento oportuno para identificar o desejo e a motivação para o aleitamento materno e para promover e incentivar familiares e cuidadores quanto à alimentação complementar saudável. Uma equipe de saúde preparada para reconhecer as dificuldades das mulheres e orientar de forma oportuna e, de acordo com a realidade de cada família e seu arranjo, influencia positivamente na realidade de seu território, melhorando indicadores relacionados ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável. A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável podem ser realizados em diferentes contextos, com o envolvimento de todos os profissionais da Atenção Básica, seja no domicílio ou na unidade de saúde, em consultas, visitas ou atividades de grupo. Abrange ações de educação em saúde, cuidado clínico da mãe e do bebê, abordagem ampliada do contexto cultural, psicossocial e familiar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e, a partir dos 6 meses e até 2 anos de idade, ela seja complementada com a introdução de alimentos sólidos/semisólidos de qualidade e em tempo oportuno. Esse procedimento resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todas as etapas da vida.

No contexto do aleitamento materno, é importante orientar que o leite materno é semelhante para todas as mulheres que amamentam, exceto as mulheres que apresentem desnutrição grave, pois podem ter o seu leite afetado em sua qualidade e quantidade. Nos primeiros dias, esse leite é chamado de colostro e contém mais proteínas e menos gordura. Do sétimo ao décimo dia após o parto, o leite é chamado de leite maduro e sua concentração de gordura aumenta no decorrer da mamada. O leite do início da mamada também chamado de anterior, tem alto teor de água e anticorpos. O leite do final da mamada, quando a criança esvazia a mama, é chamado de leite posterior, que é rico em energia e sacia por mais tempo a fome do bebê, aumentando o espaçamento entre as mamadas.

A avaliação da mulher quanto ao aleitamento materno deve estar vinculada à avaliação do bebê, suas condições clínicas, crescimento e desenvolvimento. É fundamental que a mãe receba esclarecimento sobre a produção do leite materno, a importância da amamentação e as mudanças no corpo biológico e simbólico. Assim também, nas dificuldades que ela pode enfrentar, bem como as possibilidades de superação – por exemplo, os cuidados com as mamas para evitar a mastite, o manejo para retirada e armazenamento do leite, o uso correto de compressas, cuidado com os mamilos no aparecimento de rachaduras e feridas –, há necessidade de descanso da mulher durante a rotina de amamentação e organização familiar para apoiá-la neste momento. É de extrema importância o apoio e a escuta da mulher que tem dificuldades para amamentar, sem julgamentos e ofertando momentos de cuidado para superação das dificuldades. Além disso, deve-se observar algum tipo de sofrimento decorrente deste processo, para, caso seja necessário, encaminhar para outro serviço. Da mesma forma, deve-se considerar o desejo, as ideias, os saberes, os medos e as dificuldades da mulher em relação à amamentação, suas experiências prévias, expectativas e frustrações.

Existem fatores que podem levar ao desmame precoce, como a introdução de água, chás e outros leites, que também estão associados ao aumento da morbimortalidade infantil. Alguns utensílios oferecidos à criança podem trazer riscos para a continuidade da amamentação, como

as chupetas e mamadeiras. Seu uso está associado à “confusão de bicos”, gerada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira, que pode comprometer, ainda, a produção de leite, pois as crianças que usam chupeta comumente são amamentadas com menos frequência. Outras condições precisam ser observadas, como o término da licença maternidade aos 4 meses de vida da criança, o que pode gerar insegurança na mãe quanto à continuidade da amamentação exclusiva. Nesse contexto, é importante que o profissional de saúde oriente a mulher sobre como manter a amamentação mesmo após o retorno ao trabalho. Com foco na qualidade e integralidade do cuidado, é importante registrar em prontuário o tipo de alimentação que a criança tem recebido, utilizando-se as definições de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), relacionadas a seguir.¹⁵

- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais (poções, líquidos ou misturas utilizadas em ritos místicos ou religiosos).
- Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.
- Aleitamento materno misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite. Se necessário, o cuidado com a amamentação deverá ser compartilhado com os outros pontos da rede de atenção à saúde, como maternidades, bancos de leite, serviços especializados, cabendo à Atenção Básica o acompanhamento e a coordenação do cuidado em rede.

Ao completarem 6 meses de idade (180 dias), as crianças precisam receber outros alimentos para complementar as necessidades de energia e micronutrientes, que já não são mais supridas apenas pelo leite materno. No entanto, o leite materno continua sendo uma importante fonte de nutrientes e de fatores imunológicos, que protegem a criança de doenças após os 6 meses de idade. O termo alimentação complementar é usado para descrever as práticas alimentares do período de 6 a 23,9 meses, quando as crianças recebem, além do leite materno, outros alimentos sólidos, semissólidos e líquidos, incluindo outros leites.

Ao longo do pré-natal, os profissionais de Atenção Básica podem promover a sensibilização da gestante, familiares e cuidadores por meio dos **dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos**.⁷

DEZ PASSOS		DICA AO PROFISSIONAL E À EQUIPE
Passo 1	“Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento”.	Rever se as orientações sobre aleitamento materno exclusivo são fornecidas desde o acompanhamento pré-natal até a época da alimentação complementar.
Passo 2	“A partir dos 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais”.	Antes de dar a orientação deste passo, perguntar à mãe ou ao cuidador como ela (ele) imagina ser a alimentação correta da criança e, a seguir, convidem-na(o) a complementar seus conhecimentos, de forma elogiosa e incentivadora.
Passo 3	“Após 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada”.	Sugerir receitas de papas, tentando dar a ideia de proporcionalidade, de forma prática e com linguagem simples.
Passo 4	“A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança”.	Uma visita domiciliar pode ser uma estratégia interessante para aumentar o vínculo e orientar toda a família sobre alimentação saudável.
Passo 5	“A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/ purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família”.	Organizar, em parceria com a comunidade, oficinas de preparação de alimentos seguros e/ou cozinhas comunitárias. Convidar famílias com crianças sob risco nutricional.
Passo 6	“Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida”.	Conversar sobre a estimulação dos sentidos, enfocando que a alimentação deve ser um momento de troca afetiva entre a criança e sua família.
Passo 7	“Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições”.	Pedir à mãe que faça uma lista das hortaliças mais utilizadas. Depois, aumentar essa lista acrescentando outras opções não lembradas, destacando alimentos regionais e típicos da estação.
Passo 8	“Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação”.	Articular com a comunidade e outros setores uma campanha sobre alimentação saudável.
Passo 9	“Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e conservação adequados”.	Realizar grupo com pais, avós e/ou crianças sobre cuidados de higiene geral, alimentar e bucal.
Passo 10	“Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação”.	Avaliar em equipe como está a acessibilidade da criança doente ao serviço de saúde.

3.1 Quadro-síntese de promoção do aleitamento materno^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14}

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos de contato Direcionamento para o atendimento e realização de procedimentos necessários	Equipe multiprofissional
Avaliação global	Entrevista Avaliar: - Expectativas, dificuldades, ideias, conhecimento relacionados ao aleitamento; - Experiência pessoal com a amamentação: se amamentou, por quanto tempo, dificuldades, facilidades, conhecimento sobre a importância da amamentação; - Experiência familiar e da rede social em relação à amamentação; - História clínica: cirurgia mamária (redução de mamas ou implantes mamários), problemas na mama, tipo de parto; - Presença de condições clínicas maternas que necessitem de avaliação quanto à manutenção ou contra-indicação do aleitamento materno – ver Quadro 14 (a seguir) e uso de medicamentos, no Quadro 9 da seção de pré-natal; - Aleitamento atual: tipo de aleitamento, frequência das mamadas, dificuldades na amamentação, satisfação do RN, condições das mamas; - Busque identificar risco de abandono da amamentação.	Equipe multiprofissional
	Exame físico geral e específico Avaliação das mamas: - Inspeção estática e dinâmica: identificar visualmente achatamentos dos contornos da mama, abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas, assimetrias, diferenças na cor da pele, na textura, sinais flogísticos e no padrão de circulação venosa; - Palpação: consiste em utilizar os dedos para examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos axilares e supraclaviculares, em busca de nódulos, espessamentos, modificações na textura e temperatura da pele.	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua

continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Plano de cuidados	Avaliação do posicionamento e da pega 1) O posicionamento da criança deve garantir o alinhamento do corpo, de forma a manter a barriga dela junto ao corpo da mãe para facilitar a coordenação da respiração, da sucção e da deglutição. 2) A cabeça da criança deve estar mais elevada que o corpo. 3) Na pega correta, a boca do bebê deve estar bem aberta, o lábio inferior fica virado para fora, a aréola fica visível acima da boca do bebê e o queixo toca na mama. - Atenção para os sinais que são indicativos de técnica inadequada de amamentação: bochechas do bebê encovadas a cada sucção; ruídos da língua; mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada; mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama; dor na amamentação. - Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando a pega. Em tais casos, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada.	Equipe multiprofissional
	Orientar sobre os benefícios do aleitamento materno	Equipe multiprofissional
	Para a mulher: - Fortalece o vínculo afetivo; - Favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia; - Contribui para o retorno ao peso normal; - Contribui para o aumento do intervalo entre gestações (contracepção); - Protege contra o câncer de mama.	
	Orientar sobre o preparo das mamas para a amamentação - Usar sutiã durante a gestação; - Realizar banhos de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas) ou banhos de luz com lâmpadas de 40 watts, a cerca de um palmo de distância; - Desaconselhar o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo.	Equipe multiprofissional
	Orientar sobre a amamentação - As mamadas devem ser de livre demanda, ou seja, sem restrição de horário ou duração; - É de suma importância esvaziar a mama antes de oferecer a outra. Na próxima mamada, deve-se iniciar pela mama que não foi oferecida; - Não ofertar chá, água ou outros leites, pois podem causar o desmame precoce; - Alertar sobre as alterações decorrentes de hábitos orais deletérios: uso de chupeta, mamadeira, sucção digital.	Equipe multiprofissional

continua

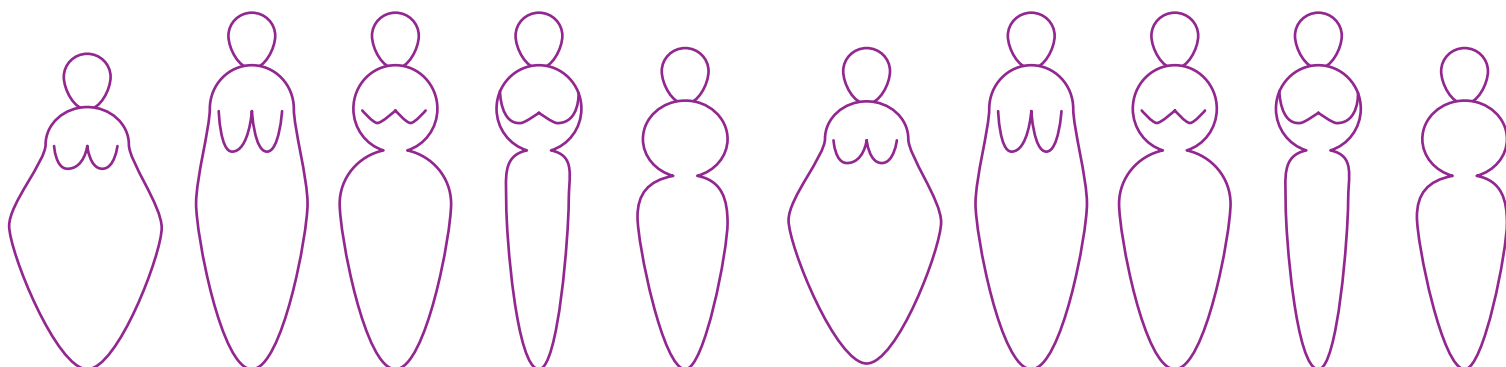
continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	Orientar sobre alimentação materna • Acrescentar 500 kcal/dia na alimentação da nutriz com ganho de peso gestacional adequado e 700 kcal/dia para as com ganho inadequado; • O consumo de líquidos, incluindo água, deve ser de, pelo menos, 2 litros ao dia; • Aumentar o consumo de alimentos fonte de proteínas, como: leite, iogurte, queijo, carnes (brancas e vermelhas).	Equipe multiprofissional
	Avaliação e manejo dos problemas relacionados à amamentação • Identificar as principais dificuldades em amamentar, intercorrências e manejar conforme Quadro 15 – Intercorrências ou complicações no aleitamento materno; • Orientar a manutenção ou contraindicação da amamentação conforme condição clínica (Quadro 14) ou por uso de medicamentos (Quadro 9 da seção de pré-natal); • Oferecer apoio às mulheres que não podem amamentar ou não desejam amamentar (respeitar a autonomia da mulher, após decisão informada), oferecendo informações sobre alternativas seguras de alimentação complementar para o bebê (referenciar para os serviços de assistência social nas situações em que a mulher e a família não têm condição de adquirir os insumos necessários); • Inibição da lactação: - Manter as mamas comprimidas (enfaixar ou usar sutiã apertado); a inibição mecânica da lactação, pelo enfaixamento das mamas, deve ser indicada apenas quando a carbegolina não estiver disponível;⁹ - Se já tiver ocorrido a apojadura, ordenhar as mamas; - Prescrição médica de cabergolina: ○ Inibição da lactação: a dose recomendada é 1 mg (dois comprimidos de 0,5 mg), dose única no primeiro dia pós-parto; ○ Após a supressão da lactação: a dose recomendada é de 0,25 mg (metade de um comprimido de 0,5 mg), a cada 12 horas, por dois dias (dose total de 1 mg).	Enfermeiro(a), médico (a) e outros profissionais, de acordo com as atribuições do Quadro 15
	Orientações sobre a ordenha do leite para mulheres que retornarão ao trabalho/estudo ou que desejam doar: • Lavar as mãos, realizar a ordenha em recipiente (de preferência com tampa plástica e que tenha sido fervido por 15 minutos), desprezando os primeiros jatos; • Guardar em geladeira por 24 horas, no congelador por 15 dias; caso não tenha estes equipamentos, pode ser fervido por 15 minutos e deve ser consumido em até seis horas; • Descongelar na geladeira e aquecer em banho-maria.⁵	Equipe multiprofissional

continua

conclusão

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	Orientar sobre o retorno ao trabalho: • Manter a amamentação quando estiver em casa; • Evitar mamadeiras – quando a mãe não estiver, oferecer o leite materno ordenhado no copo ou em colher; • O artigo 396 da Consolidação das Leis do Trabalho assegura à mãe o direito a dois descansos especiais, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho, para a amamentação de seu filho, até que complete seis meses de idade; • Caso o bebê necessite de um prolongamento do referido cuidado, o médico fornecerá atestado para que os repouso para a amamentação durante a jornada de trabalho sejam prorrogados, fixando inclusive o respectivo período; • A lei também garante que a amamentação do bebê seja em local apropriado dentro da empresa (artigo 400 da Consolidação das Leis do Trabalho).	Equipe multiprofissional



Quadro 14 – Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação quanto à manutenção ou contra indicação do aleitamento materno ^{5, 6, 20}

CONDIÇÃO CLÍNICA MATERNA	RECOMENDAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Infecção por HIV	Contraindicado	Pelo risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo HTLV (vírus linfotrópico humano de células T)	Contraindicado	Pelo risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo vírus da hepatite B	Manter aleitamento materno	A administração da imunoglobulina específica após o nascimento praticamente elimina o risco de transmissão via leite materno.
Infecção pelo vírus da hepatite C	Manter aleitamento materno, com restrição*	* Contraindicado somente quando a mãe apresenta fissura no mamilo ou carga viral elevada.
Tuberculose pulmonar	Permitido	A mãe não tratada, ou que esteja tratando a menos de duas semanas, deve higienizar as mãos e proteger boca e nariz com uma máscara ou lenço em todas as mamadas. A criança deverá ser avaliada e receber quimioprofilaxia, conforme CAB 23, p. 58. ²
Doença de Chagas	Manter aleitamento materno, com restrição **	** Contraindicado na fase aguda ou na ocorrência de sangramento nos mamilos.
Uso drogas ilícitas: anfetaminas, cocaína, crack, fenciclidina, heroína, inalantes, LSD, maconha e haxixe	Contraindicado	Recomenda-se que as nutrizes não utilizem tais substâncias. Se usadas, deve-se avaliar o risco da droga <i>versus</i> o benefício da amamentação, para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação.
Drogas consideradas lícitas, como: tabaco e álcool	Manter aleitamento materno, com restrição***	*** Devem ser evitadas durante a amamentação. Contudo, nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.
Em tratamento quimioterápico e radioterápico	Contraindicado	

Quadro 15 – Intercorrências ou complicações no aleitamento materno^{1, 5, 6, 17, 18, 20}

INTERCORRÊNCIA	MANEJO	QUEM FAZ?
Bebê que não suga ou tem sucção fraca Atentar para o ganho de peso do recém-nascido	- Orientar a ordenha (no mínimo cinco vezes ao dia) para garantir a continuidade da produção do leite. - Suspender o uso de chupeta ou mamadeira. - Estimule o bebê introduzindo o dedo mínimo na sua boca, com a ponta tocando a junção do palato duro e o mole. - Oferecer o leite ordenhado em colher ou copo. - Atenção: crianças prematuras e com malformações orofaciais podem ter mais dificuldade inicial, porém não há contraindicação.⁵	Equipe multiprofissional
Demora na apojadura ou “descida do leite”	- Orientar que normalmente ocorre em 30 horas após o parto, podendo se estender este tempo no parto cesárea. - Estimular a autoconfiança da mãe. - Orientar medidas de estímulos como a sucção frequente do bebê e a ordenha. - A nutrição suplementar do RN (translactação) pode ser realizada por meio de uma sonda fixada junto ao mamilo, para continuar estimulando a mama.⁵ Para mais informações, ver CAB 23, parte 1.²	Equipe multiprofissional
Mamilos planos ou invertidos	- Orientar que esta condição pode dificultar, mas não impedir a amamentação, pois o bebê faz o “bico” com a aréola. - Promover a confiança para mãe; ajudar o bebê a abocanhar o mamilo e parte da aréola; tentar diferentes posições para escolher a melhor. - Ensinar manobras que auxiliam a aumentar os mamilos, como compressas frias e sucção por 30 a 60 segundos, com bomba manual ou seringa de 10 ou 20 ml cortada na parte estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada. - Manter a ordenha para garantir a produção do leite e oferecer em copinho para a criança.	Equipe multiprofissional
Ingurgitamento mamário (“leite empedrado” – quando há a compressão dos ductos lactíferos, que impede a saída de leite dos alvéolos)	- Ordenha manual antes da mamada. - Massagens delicadas, com movimentos circulares. - Mamadas frequentes, sem horários preestabelecidos. - Uso de sutiã com alças largas e firmes. - Compressas frias de, no máximo, 20 minutos entre as mamadas.	Equipe multiprofissional
	- Uso de analgésico: dipirona, 500 mg, VO, 6/6 horas, se dor. - Paracetamol 500 mg, VO, 6/6 horas, se dor.	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua

continuação

INTERCORRÊNCIA	MANEJO	QUEM FAZ?
Dor dos mamilos/ fissuras	- Orientar posicionamento e pega correta, que normalmente são as causas do problema. - Manter os mamilos secos, banho de sol e trocas frequentes dos forros úmidos. - Não utilizar produtos como sabão, álcool, pomada, creme ou outro produto secante. - Introduzir o dedo mínimo pelo canto da boca do bebê para a sucção ser interrompida antes de a criança ser retirada do seio. - Ordenhar manualmente antes da mamada. - Passar o leite do final das mamadas nas lesões.	Equipe multiprofissional
Candidíase (monilíase)	- Avaliar o problema na mãe e no bebê, que devem ser tratados simultaneamente. Manifesta-se por coceira, sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos, aréolas e mamilos avermelhados, brilhante com fina descamação. Na criança, aparecem placas brancas na região oral. - O tratamento inicial da mãe é tópico, após cada mamada, com nistatina, clotrimazol, miconazol, ou cetoconazol, por 14 dias.⁶ - Orientar manter os mamilos secos, expor à luz alguns minutos no dia. - Chupetas são fontes importantes de reinfecção.	Enfermeiro(a)/médico(a)
	Caso o tratamento seja ineficaz, recomenda-se a prescrição via oral de fluconazol, 150 mg/dia, por 14 a 18 dias, ou cetoconazol, 200 mg/dia, por 10 a 20 dias.⁶	Médico(a)
Reflexo de ejeção do leite exagerado	- Orientar a ordenha antes de cada mamada. - Estimular a doação de leite materno.	Equipe multiprofissional
Galactocele	Por tratar de formação cística nos ductos mamários, o tratamento é feito com aspiração, no entanto frequentemente tem que ser extraído cirurgicamente.	Médico(a)

continua

conclusão

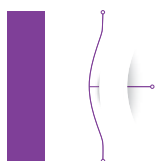
INTERCORRÊNCIA	MANEJO	QUEM FAZ?
Mastite Caso não haja regressão do quadro com o tratamento em 48 horas, considerar a possibilidade de abscesso	- Identificar a condição geralmente caracterizada por: mama dolorosa, vermelha, quente e edemaciada. Trata-se de processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama, pode ou não progredir para infecção bacteriana. - A prevenção é semelhante ao ingurgitamento mamário e fissuras. - Não suspender o aleitamento. - Esvaziar adequadamente as mamas; caso não ocorra na mamada, realizar a ordenha manual. - Oferecer suporte emocional, repouso da mãe, líquidos abundantes, iniciar amamentação na mama não afetada. - Se dor ou febre, orientar dipirona, 500-1.000 mg, VO, 6/6 horas, OU paracetamol, 500-750 mg, VO, 6/6 horas, OU ibuprofeno, 300-600 mg, 6/6 horas.	Enfermeiro(a)/médico(a)
	Opções terapêuticas (antibioticoterapia): ➤ Cefalexina, 500 mg, VO, 6/6 horas – 10 dias; ➤ Amoxicilina, 500 mg, VO, 8/8 horas – 10 dias; ➤ Amoxicilina + ácido clavulânico (500 mg/125 mg), VO, 8/8 horas – 10 dias; ➤ Eritromicina, 500 mg, VO, 6/6 horas – 10 dias, em pacientes alérgicas aos demais medicamentos.	Médico(a)
Abscesso mamário Dor intensa, febre, mal-estar, calafrios, presença de áreas de flutuação à palpa	- Reconhecer precocemente os sinais de alerta. - Exige intervenção rápida, geralmente é causada por mastite não tratada ou início tardio do tratamento. - Drenagem cirúrgica. - Antibioticoterapia e esvaziamento da mama afetada regularmente (descritos no manejo da mastite infecciosa). - Interrupção da amamentação na mama afetada até a drenagem do abscesso e o início da antibioticoterapia. - Manutenção da amamentação na mama sadia.	Médico(a)

3.2 Saiba Mais

- Sobre os cuidados no puerpério de baixo risco, consulte também o Caderno de Atenção Básica nº 32 – *Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco*: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- Sobre a megadose de vitamina A que deve ser administrada à puérpera antes da alta da maternidade, em áreas endêmicas para a deficiência de vitamina A, consulte o Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A do Ministério da Saúde: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_programa_nacional_vitamina_a_2edicao.pdf
- Sobre a visita domiciliar no puerpério e a primeira consulta ao recém-nascido: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf
- Sobre o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério SUS-SP, páginas 203-234: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoii.pdf
- Sobre alimentação e suplementação no puerpério, consulte o Manual Instrutivo das Ações de Alimentação e Nutrição da Rede Cegonha: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_alimentacao_saudavel.pdf
- Sobre nutrição infantil, consulte o Caderno de Atenção Básica, nº 23, Saúde da Criança. Também no CAB 23, consulte sobre a quimioprofilaxia para crianças contra a tuberculose na seção “Situações em que há restrições ao aleitamento materno”: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/cadernoatenaaobasica_23.pdf
- Sobre os dez passos para o sucesso na amamentação, segundo orientações da OMS/Unicef: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>
- Sobre orientações sobre amamentação – dicas para dar o melhor alimento para seu bebê: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/servicos/amamentacao/index.php?p=1499>
- Sobre o uso de medicamentos durante a amamentação: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/amdrog10.pdf>

REFERÊNCIAS

- 1 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed., rev. Brasília, 2013. (Caderno de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 2 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil – Aleitamento materno e alimentação**. Brasília, 2009. (Caderno de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 3 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_2ed.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 4 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012. (Caderno de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 5 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 6 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual**. 5. ed. Brasília, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 7 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, 2005. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5)
- 8 – SÃO PAULO (Estado). Secretaria Estadual da Saúde. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010.
- 9 – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA**. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/iycf_indicators_for_peer_review.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 10 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Promovendo o aleitamento materno**. 2. ed. rev. Brasília, 2007.
- 11 – GIUGLIANI, E. R. J. Aleitamento materno: aspectos gerais. In: DUCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 219-231.
- 12 – GIUGLIANI, E. R. J. Aleitamento materno: principais dificuldades e seu manejo. In: DUCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 232-239.
- 13 – REGO, J. D. **Aleitamento materno**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- 14 – WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF. **Breastfeeding and maternal medication: recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/55732.pdf?ua=1>>. Acesso em: 12 mar. 2015.



PARTE 3 – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

1 INTRODUÇÃO

A saúde sexual¹ significa para os indivíduos a vivência livre, agradável, prazerosa e segura, por meio de abordagens positivas da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais, valorização da identidade e das experiências individuais, das relações interpessoais e da vida, independentemente de orientação sexual e identidades de gênero. Mulheres lésbicas e bissexuais têm direito ao planejamento da vida sexual e reprodutiva, às tecnologias reprodutivas, ao aborto legal e à assistência humanizada durante a gestação, o parto e o puerpério.

A saúde reprodutiva implica que a pessoa possa “ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo”.¹ Devem, portanto, ser ofertados a homens e mulheres adultos, jovens e adolescentes informação, acesso e escolha a métodos eficientes, seguros, permissíveis, aceitáveis e não contrários à Lei nº 9.263/1996, além da oferta de outros métodos de regulação da fecundidade e o direito ao acesso a serviços apropriados de saúde para o pré-natal, o parto e o puerpério.^{2, 3}

O planejamento reprodutivo, chamado também de planejamento familiar, designa um conjunto de ações de regulação da fecundidade, as quais podem auxiliar as pessoas a prever e controlar a geração e o nascimento de filhos, e englobam adultos, jovens e adolescentes, com vida sexual com e sem parcerias estáveis, bem como aqueles e aquelas que se preparam para iniciar sua vida sexual.⁴ As ações do planejamento reprodutivo ou planejamento familiar são definidas e amparadas pela Lei nº 9.263/1996, que também estabelece penalidades e dá outras providências.²

As ações de planejamento reprodutivo são voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade. Devem incluir e valorizar a participação masculina, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas anticoncepcionais são predominantemente assumidos pelas mulheres.⁵

É importante atentar para as ações de planejamento reprodutivo das mulheres lésbicas e bissexuais. Para esse grupo, o desejo ou o direito à maternidade precisa ser garantido, considerando que técnicas de reprodução assistida como a inseminação artificial e a fertilização *in vitro* estão disponíveis pelo SUS, independentemente do diagnóstico de infertilidade.

É a OMS quem define os critérios de elegibilidade dos métodos anticoncepcionais que permitem escolher com segurança aquele(s) mais adequado(s) para cada pessoa (ver quadros 1 e 2). As principais referências para este capítulo foram os documentos da OMS de 2010, 2011 e 2013.^{6, 7, 8}

2 QUADRO-SÍNTESE NA ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA ^{1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13}

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	• Identificar os motivos do contato da mulher. • Direcionar para o atendimento necessário.	Equipe multiprofissional
Avaliação global	Entrevista: • Registrar os antecedentes pessoais obstétricos e patológicos (com atenção especial às IST e às doenças cardiovasculares e metabólicas) – ver Quadro 2. • Abordar, sempre que pertinente, as questões referentes às parcerias, à identidade de gênero, à orientação sexual e à satisfação sexual pessoal ou do casal. • Questionar se há medicações em uso. • Investigar presença de dispareunia e de sangramentos vaginais pós-coito ou anormais, principalmente se há intenção de uso do DIU. • Questionar sobre o desejo de concepção ou anticoncepção por parte da mulher ou do casal. • Indagar sobre o conhecimento e uso prévio de métodos anticoncepcionais.	Equipe multiprofissional
	Exame físico geral e específico: • Realizar se necessário, conforme o método de escolha e os critérios de elegibilidade – ver Quadro 2.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Plano de cuidados	Educação em saúde: • Orientar individual ou coletivamente pessoas em idade fértil (10-49 anos), considerando os aspectos biopsicossociais relacionados ao livre exercício da sexualidade e do prazer, além dos aspectos culturais e transgeracionais relacionados à sexualidade e à reprodução. • Orientar acerca de temas importantes como direitos sexuais e direitos reprodutivos, sexo seguro, métodos anticoncepcionais (quadros 2, 3 e 4), papéis sociais e projeto de vida, reprodução humana assistida, atenção humanizada ao abortamento, riscos implicados em certas práticas sexuais.	Equipe multiprofissional

continua

continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	Indicação de preservativos: • Orientar sobre o uso e formas de inserção dos preservativos masculinos e femininos. • Orientar sobre sua função como método de barreira e a importância da dupla proteção. • Ofertar preservativos masculinos e femininos para as usuárias e usuários. • Atentar em especial para aquelas(es) desproporcionalmente afetadas(os) pelo HIV/aids: profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, população transgênera e transexual, pessoas que utilizam substâncias psicoativas injetáveis e população em privação de liberdade.	Equipe multiprofissional
	Abordagem de casais soro discordantes: • Orientar para os cuidados preventivos, prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e sobre as medidas para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão vertical do HIV. • Acompanhar conjuntamente com o serviço de atenção especializada (SAE).	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	Escolha do método anticoncepcional: • Orientar sobre os métodos anticoncepcionais existentes e disponíveis na Atenção Básica. • Informar a eficácia de cada método, sua forma de uso e possíveis efeitos adversos. • Orientar sobre suas contraindicações diante de certos antecedentes clínicos e/ou ginecológicos. • Reforçar a importância do retorno para acompanhamento clínico conforme método em uso e disponibilidade da usuária. • Recomendar métodos de acordo com adequação e escolha informada da usuária, considerando fatores individuais e contexto de vida dos usuários(as) no momento da escolha do método.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	Escolha do método contraceptivo de emergência: • Informar sobre a forma de uso (ver quadro 5) e indicações (relação sexual sem uso de preservativo ou falha do método em uso. Inclui também a indicação em casos de violência sexual – ver capítulo 7, sobre Atenção às Mulheres em Situação de Violência). • Ofertar o método sempre que necessário, uma vez que é um direito da usuária. Mulheres que mantenham relações sexuais ocasionalmente podem optar pelo contraceptivo de emergência sem que isso lhe acarrete qualquer dificuldade de acesso ao método.	

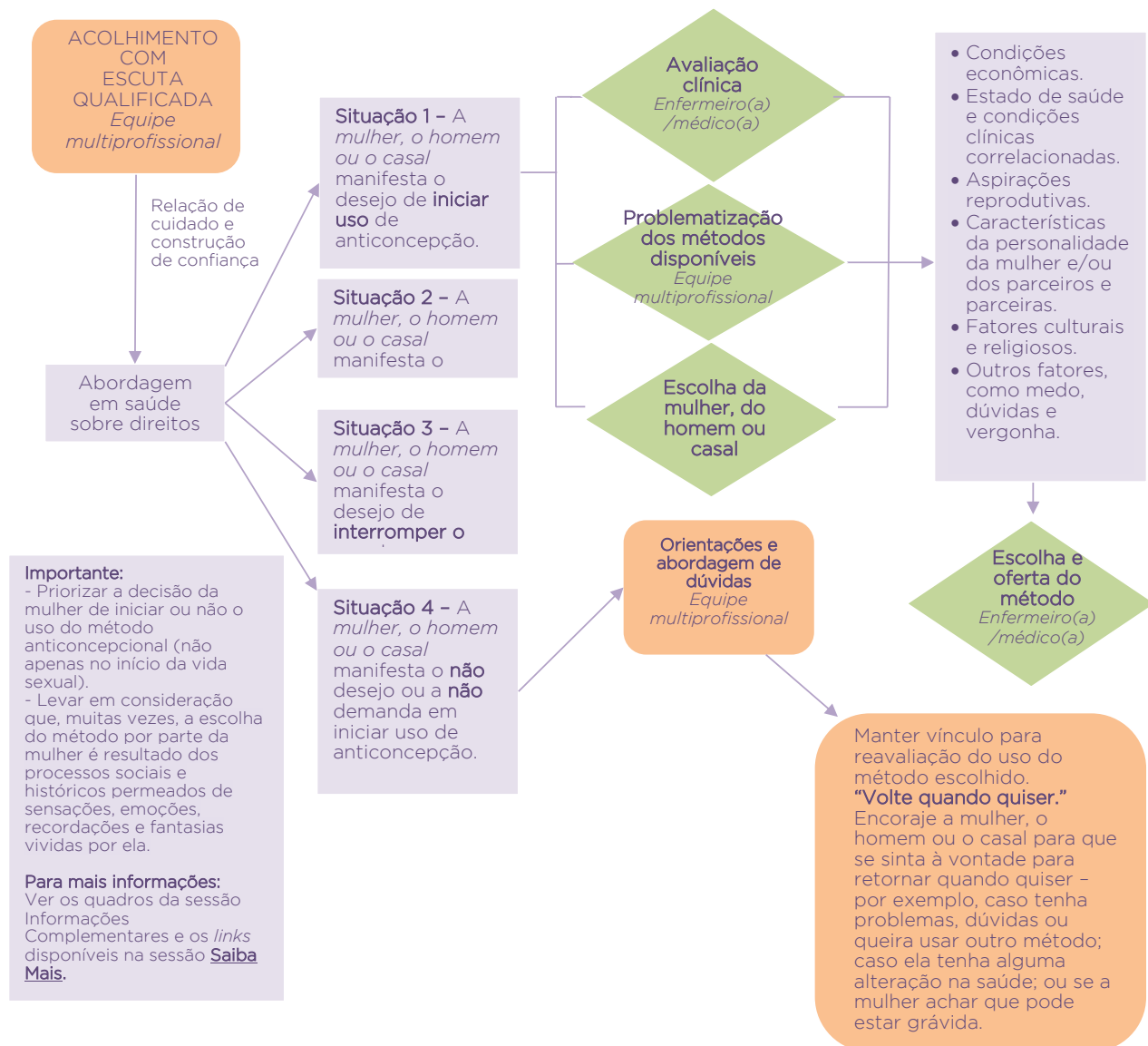
continua

conclusão

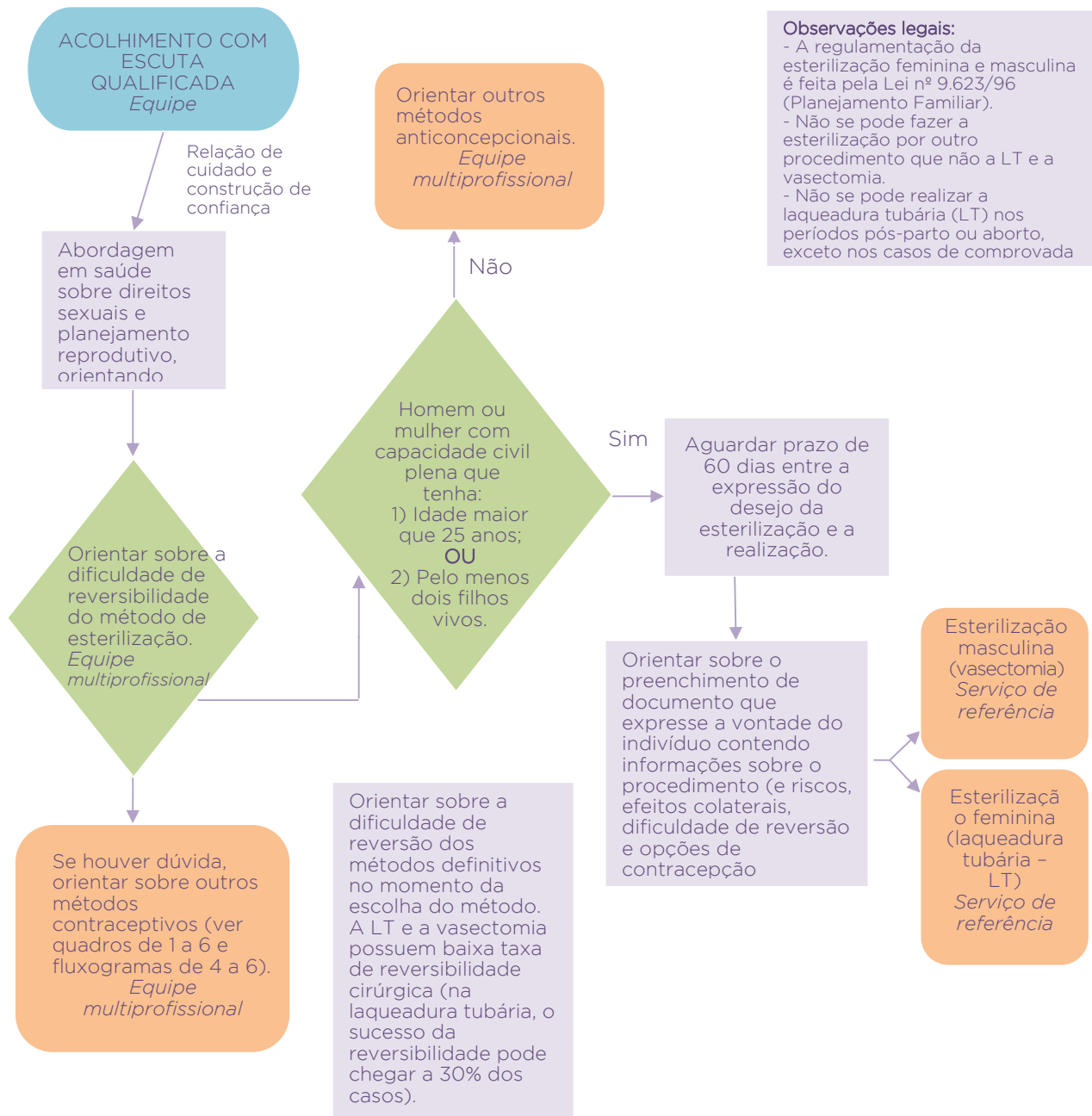
O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	Abordagem de jovens e adolescentes: • Respeitar o sigilo profissional inerente à abordagem em saúde. • Orientar sobre os métodos de escolha, reforçando a necessidade da dupla proteção. • Abordar as necessidades de jovens e adolescentes em educação sexual e planejamento reprodutivo sem que haja a necessidade do acompanhamento de pais ou responsáveis legais, exceto em caso de incapacidade daqueles.	Equipe multiprofissional
	Responsabilização da figura masculina na anticoncepção: • Estimular a participação do casal no momento da escolha do método. • Estimular a participação masculina nos demais momentos além da escolha do método, como durante o acompanhamento de pré-natal e na saúde da criança. • Orientar sobre direitos sexuais e reprodutivos para além do controle de natalidade.	
	Abordagem da usuária ou do casal em possibilidade ou confirmação de gravidez indesejada: • Propor planejamento reprodutivo em caso de exame negativo de gravidez com orientação para início de método anticoncepcional. Em caso de confirmação e acompanhamento da gestação, propor métodos para posterior adesão (ver sobre teste de gravidez no capítulo 1, seção 1.2 – Atraso menstrual e amenorreias). • Orientar sobre as consequências e fatores relacionados a um abortamento inseguro: clínicas não equipadas e profissionais não capacitados; método empregado; idade gestacional. • Conversar e orientar acerca dos métodos que colocam a vida da mulher em maior risco: 1) inserção de uma substância ou objeto (uma raiz, um galho, um cateter) no útero; 2) dilatação e curetagem feitas de forma incorreta por profissional não capacitado; 3) ingestão de preparados caseiros; 4) aplicação de força externa. • Informar e orientar para as principais consequências de abortamento inseguro e acionar os demais membros da equipe ou serviços de saúde especializados, quando necessário. A saber: óbito materno; hemorragia; septicemia; peritonite; traumatismo do colo do útero e dos órgãos abdominais etc. • Acolher e acompanhar de forma humanizada a mulher com histórico de abortamento.	

3 FLUXOGRAMAS

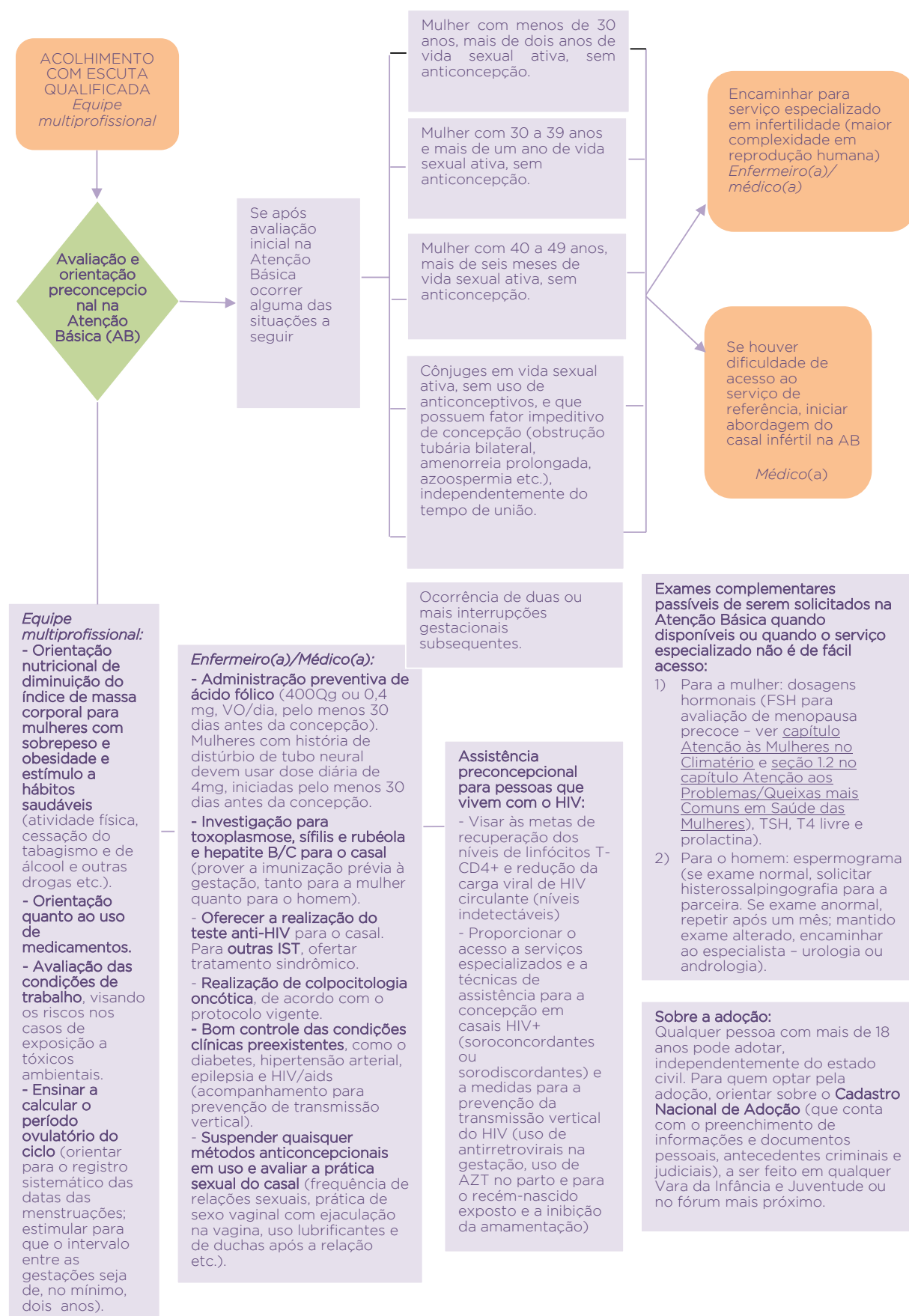
Fluxograma 1 – Escolha do método anticoncepcional^{1, 6, 7, 8, 9}



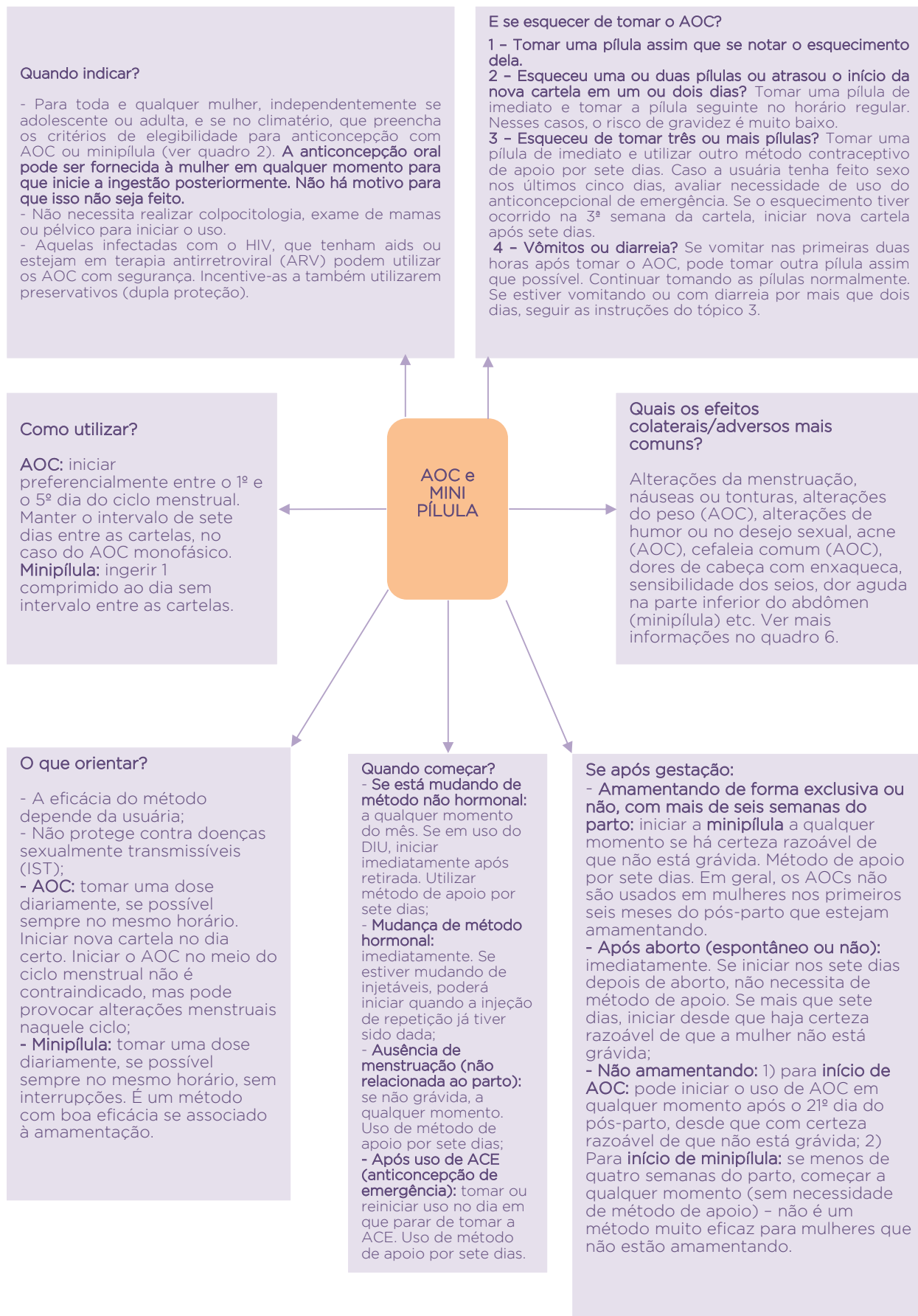
Fluxograma 2 – Esterilização voluntária feminina e masculina (métodos definitivos e cirúrgicos)^{1, 2, 6, 9}



Fluxograma 3 – Abordagem da mulher ou do casal que planeja a gravidez – auxílio à concepção^{1,11,12}



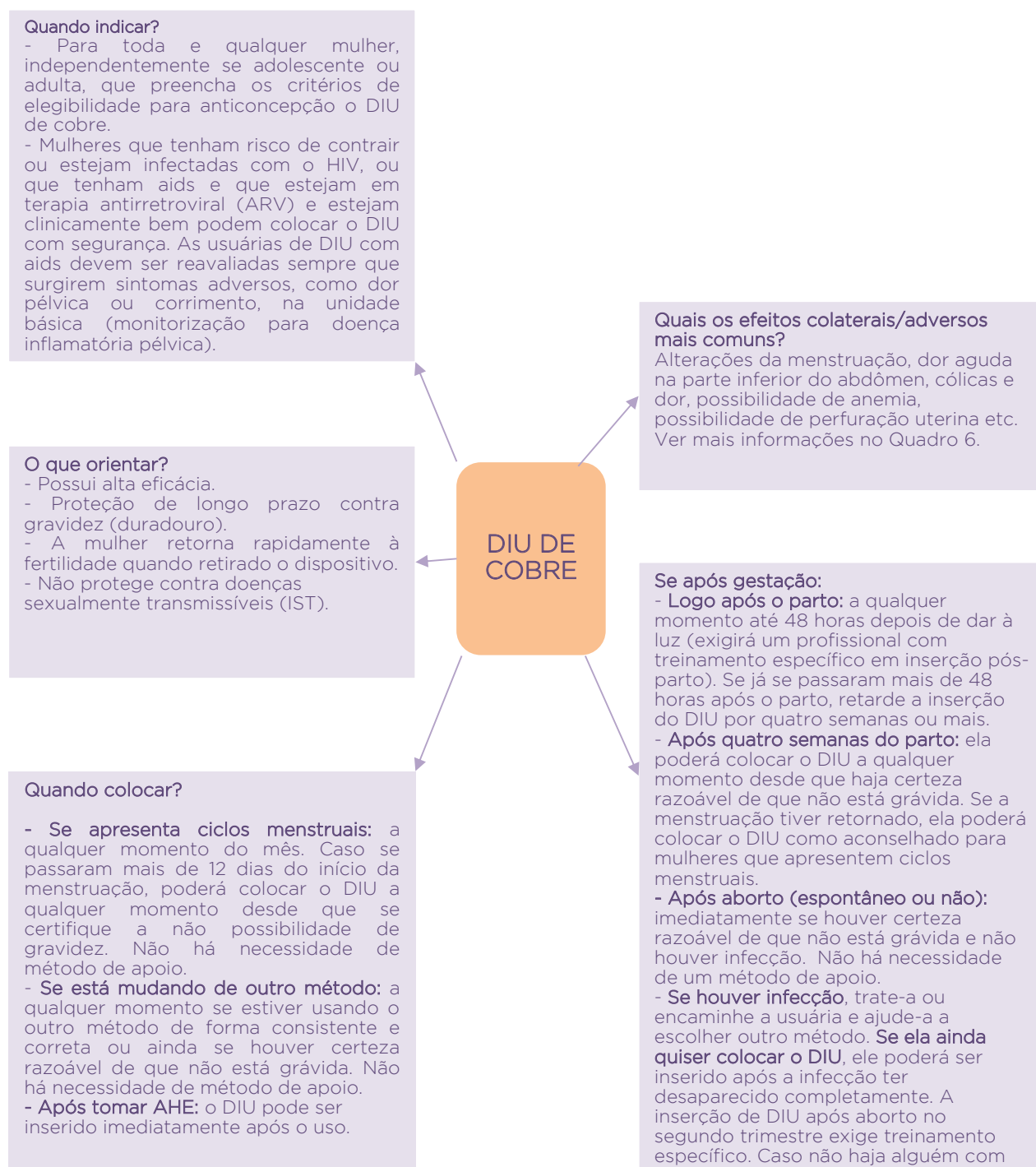
Fluxograma 4 – Anticoncepcional oral combinado (AOC) e minipílula^{1, 6, 7, 8, 9}



Fluxograma 5 – Anticoncepção injetável (AI) trimestral e mensal^{1, 6, 7, 8, 9}



Fluxograma 6 – DIU de cobre^{1, 6, 7, 8, 9}



Nota * A inserção de DIU pode ser realizada por médico(a) e enfermeiro(a). O enfermeiro, após treinamento e cumprindo o disposto na Resolução COFEN nº 358/2009, está apto a realizar consulta clínica e a prescrever e inserir o DIU como ações intraconsulta.¹⁴

4 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

 Quadro 1 – Categorias da OMS para os critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos⁶

CATEGORIA	AVALIAÇÃO CLÍNICA	PODE SER USADO?
Categoria 1	Pode ser usado em qualquer circunstância.	SIM
Categoria 2	Uso permitido, em geral.	
Categoria 3	O uso geralmente não é recomendado. Exceção feita para quando outros métodos indicados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis.	NÃO
Categoria 4	Não deve ser usado (risco inaceitável).	

Fonte: OMS (2009).

 Quadro 2 – Critérios de elegibilidade da OMS de contraceptivos por condição clínica⁶

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA**
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1 A: 2	1
Idade >= 40 anos	2	2	2	1	1	1
Gravidez	B	B	C	C	4	Não aplicável (preservativo deve ser utilizado pela dupla proteção)
Amamentação: menos de 6 sem do parto	4	4	3	3	D: 1 E: 3	1 (diafragma não aplicável se <= 6 semanas pós-parto)
Amamentação: 6 sem a 6 meses do parto	3	3	1	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	2	1	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	F: 4 G: 2	1
Fumo: <35 anos	2	2	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; <= 15 cigarros/dia.	3	3	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; > 15 cigarros/dia.	4	4	1	1	1	1
HAS sem acompanhamento	3	3	2	2	1	Não aplicável (não é necessário para a segurança do método o acompanhamento da HAS)
HAS controlada em acompanhamento	3	3	2	1	1	1
HAS: PAS 140-159 e PAD 90-99 mmHg	3	3	2	1	1	1

continua

conclusão

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICON- CEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA**
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
HAS com PAS>160 e PAD>=100 mmHg	4	4	3	2	1	1
HAS + portadora de doença vascular	4	4	3	2	1	1
História atual de TEP/ TVP	4	4	3	3	1	1
Histórico TEP/ TVP + uso atual de anticoagulante oral	4	4	2	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	4	2	2	1	1
Isquemia cardíaca (prévia ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
AVC (prévio ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Dislipidemias	2/3	2/3	2	2	1	
Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)	3/4	¾	3	2	1	1
Enxaqueca sem aura (<35 anos)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2	1 (introdução do método) 2 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca sem aura (>= 35 anos)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca com aura	4 (introdução do método)	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Câncer (CA) de mama atual	4	4	4	4	1	
Histórico de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos	3	3	3	3	1	
Uso atual de anticonvulsivantes**	3	2	1	3	1	

Fonte: OMS (2010).

Legenda:

A – O DIU de cobre é **categoria 2** para mulheres com idade menor ou igual a 20 anos pelo maior risco de expulsão (maior índice de nuliparidade) e por ser faixa etária considerada de maior risco para contrair IST.

B – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados **acidentalmente** durante a gravidez.

C – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados **acidentalmente** durante a gravidez, **MAS** ainda não está definida a relação entre o uso do acetato de medroxiprogesterona na gravidez e os efeitos sobre o feto.

D – O DIU de cobre é **categoria 1** se: **a)** For introduzido em menos de 48 horas do parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal (cat. 4); **b)** For introduzido após quatro semanas do parto.

E – O DIU de cobre é **categoria 3** se introduzido entre 48 horas e quatro semanas após o parto.

F – **Categoria 4** para colocação de DIU de cobre em casos de DIP atual, cervicite purulenta, clamídia ou gonorreia.

G – Em quaisquer casos, inclusive DIP atual, o DIU de cobre é **categoria 2**, se o caso for continuação do método (usuária desenvolveu a condição durante sua utilização), ou se forem outras IST que não as listadas na letra.

Notas:

* Anticoncepcionais com dose menor ou igual a 35 mcg de etinilestradiol.

** Diafragma, preservativo masculino, feminino e espermicida.

*** Anticonvulsivantes: fenitoína, carbamazepina, topiramato, oxcarbazepina, barbitúricos, primidona. Não entra nessa lista o ácido valproico.

Quadro 3 – Métodos contraceptivos ofertados pelo SUS¹

DEFINITIVOS (ESTERILIZAÇÃO)		
Feminino (ligadura tubária)		Masculino (vasectomia)
TEMPORÁRIOS (REVERSÍVEIS)		
Métodos de barreira		
Diafragma	Preservativo masculino	DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre)
Métodos hormonais		
Via de administração	Tipos	Apresentação
Hormonais orais	Combinado (monofásico) – AOC	Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg
	Minipílulas	Noretisterona 0,35 mg
	Pílula anticoncepcional de emergência (AHE)	Levonorgestrel 0,75 mg
Hormonais injetáveis	Mensais (combinado)	Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg
	Trimestrais (progestágeno)	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg

Fonte: OMS (2010).

Observação: lembrar que algumas localidades podem ofertar outros métodos contraceptivos (conforme Remume) além dos previstos pelo Ministério da Saúde (Rename).

Quadro 4 – Taxas de falha dos métodos contraceptivos⁶ – Índice de Pearl*

MÉTODO	USO TÍPICO** (EFETIVIDADE DO MÉTODO)	USO PERFEITO (EFICÁCIA DO MÉTODO)	MANUTENÇÃO DO USO APÓS 1 ANO
Sem método	85	85	
Diafragma com espermicida	16	6	57
Preservativo feminino	21	5	49
Preservativo masculino	15	2	53
AOC			
Minipílula (durante lactação)	8	0,3	68
Injetável de progestágeno	3	0,3	56
Injetável combinado	3	0,05	56
DIU de cobre	0,8	0,6	78
Esterilização feminina	0,5	0,5	100
Esterilização masculina	0,15	0,10	100

Fonte: OMS (2010).

Notas:

* O índice de Pearl avalia a eficácia de um método (nº de falhas que ocorreram com a utilização de determinado método ao fim de um ano em 100 mulheres). Quanto menor o índice de Pearl, maior é a eficácia de um método. Métodos de maior eficácia são aqueles com índice de Pearl menor que 1 (coloridos de laranja nesta sessão).

** Uso típico – é a forma costumeira, corriqueira, habitual do uso do método e que está sujeita a esquecimento, vômitos, diarreia etc.

Observação: método contraceptivo é considerado *método de apoio* quando é associado àquele que já em uso para se potencializar a efetividade da anticoncepção. Exemplos: métodos comportamentais como a abstenção sexual, preservativo masculino e feminino.

Quadro 5 – Anticoncepção hormonal de emergência – AHE^{1, 6, 7, 8, 9}

MÉTODO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	INFORMAÇÕES E PRAZO DE INÍCIO DA ANTICONCEPÇÃO
Levonorgestrel (comprimidos de 0,75)	1,5 mg de levonorgestrel, dose única , via oral (preferencialmente*) OU 1 comprimido de 0,75 mg, de 12 em 12 horas , via oral (total de 2 comprimidos)	Caso haja vômitos até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após uso de um antiemético e de se alimentar Iniciar de preferência nas primeiras 72 horas. Limite de cinco dias

Fonte: OMS (2010).

Nota:

* O AHE pode ser usado por via vaginal caso a mulher esteja desacordada, como em casos em que ela tenha sido vítima de violência. Observação: a eficácia (índice de Pearl) é, em média, de 2%. O índice de efetividade para cada ato sexual desprotegido é de 75% (ou seja, para cada quatro relações sexuais desprotegidas, o método é capaz de prevenir três gestações).

 Quadro 6 – Como lidar com problemas na contracepção?^{7,9}

SITUAÇÃO	COMUM EM QUAIS MÉTODOS?	O QUE FAZER?
Alterações da menstruação	AOC Minipílula Injetável trimestral (progestágeno) Injetável mensal (combinado) DIU de cobre	Ausência ou sangramento irregular (aquele que vem em momentos inesperados e incomodam a usuária): é comum sangramento irregular ou a ausência de sangramento em mulheres em uso de métodos hormonais (a amenorreia é normal se a mulher estiver amamentando; no uso de injetáveis trimestrais, é comum que surja a amenorreia com o tempo). Não são prejudiciais e o sangramento geralmente perde a intensidade ou cessa nos primeiros meses de uso. Garantir que a usuária esteja fazendo uso do método corretamente. Se há ausência de sangramento, garantir que ela não está grávida. Se há suspeita de gravidez, instruir a interromper o método caso se confirme. No sangramento irregular em uso de AOC, orientar o uso correto e de preferência sempre no mesmo horário. Pode-se tentar o uso de AINE para alívio em curto prazo. Na persistência da queixa, avaliar a possibilidade da troca da fórmula do AOC por anovulatório com maior concentração de etinilestradiol ou, se já em uso de AOC com 30-35 mcg de EE, avaliar uso de AOC bifásicos ou trifásicos. Caso se suspeite de que algo esteja errado, considerar condições subjacentes não relacionadas ao uso do AOC.
	AOC Minipílula DIU de cobre Injetável mensal (combinado)	Sangramento vaginal inexplicável (que sugere problema médico não relacionado ao método) ou sangramento intenso ou prolongado: encaminhar ou avaliar de acordo com o histórico e exame pélvico. Diagnosticar e tratar da maneira apropriada. Ela poderá continuar tomando o anticoncepcional enquanto seu problema estiver sendo avaliado. Se o sangramento é causado por IST ou inflamação pélvica, ela poderá continuar tomando o anticoncepcional durante o tratamento.

continua

continuação

SITUAÇÃO	COMUM EM QUAIS MÉTODOS?	O QUE FAZER?
	Minipílula Injetável trimestral (progestágeno) Injetável mensal (combinado) DIU de Cobre	Menstruação intensa ou prolongada (o dobro do normal ou duração maior que oito dias): de modo geral, não é algo prejudicial e normalmente perde a intensidade ou cessa após alguns meses. Para obter modesto alívio de curto prazo, seguir as recomendações para sangramento irregular. Para evitar que ocorra anemia, sugerir suplementação de ferro e dizer que é importante que ela coma alimentos que contenham ferro. Se o sintoma persistir ou começar após vários meses de menstruação normal ou ausência dela, ou caso se suspeite que haja algo errado por outros motivos, deve-se considerar as condições subjacentes que não estejam relacionadas ao uso do método. Se em uso de injetável de progestágeno, para obter alívio em curto prazo, avaliar uma das alternativas: 1) AOC, tomando uma pílula diariamente por 21 dias, iniciando quando sua menstruação começar; e 2) 50 µg de etinilestradiol diariamente por 21 dias, iniciando quando sua menstruação começar.
Náuseas ou tonturas	AOC Minipílula	No caso da náusea, sugerir ingerir os comprimidos na hora de dormir ou junto do alimento. Na persistência: considerar soluções localmente disponíveis. Considerar uso estendido e contínuo caso a náusea ocorra após iniciar nova cartela de AOC.
Alterações de peso	AOC e injetável mensal (combinado)	Análise a dieta e aconselhe conforme necessidade.
Alterações de humor ou no desejo sexual	AOC Minipílula Injetável trimestral (progestágeno)	Se há alteração do humor na semana em que a mulher não toma o hormônio (nos sete dias em que a mulher não toma pílulas hormonais no uso do AOC, por exemplo), avaliar uso estendido e contínuo. Questionar sobre mudanças em sua vida que pudessem afetar o humor ou a libido. Alterações agudas no humor necessitam de atendimento. Considerar as soluções localmente disponíveis.
Acne	AOC	A acne em geral melhora em uso do AOC, mas pode agravar em algumas mulheres. No caso do AOC, se a acne persistir, avaliar a possibilidade de outra fórmula de AOC contendo acetato de ciproterona ou drospirenona, se possível e para que tome as pílulas por três meses. Considerar as soluções localmente disponíveis.
Cefaleia comum	AOC Injetável trimestral (progestágeno) Injetável mensal (combinado)	Sugerir um analgésico. Se a cefaleia ocorre na semana em que ficam sem hormônios, considerar uso estendido e contínuo. Deve-se avaliar quaisquer dores de cabeça que se agravem ou ocorram com maior frequência durante o uso do método contraceptivo.
Dores de cabeça com enxaqueca	AOC e minipílula Injetável mensal (combinado) Injetável trimestral (progestágeno)	Com o aparecimento da enxaqueca, com ou sem aura, independentemente da idade da mulher, deve-se interromper o uso do método se houver estrógeno. Orientar na escolha de método contraceptivo sem estrógeno (minipílula, injetável trimestral, DIU etc.). Se enxaqueca com aura, o injetável com progestágeno é categoria 3 para manutenção do método (suspender).

continua

continuação

SITUAÇÃO	COMUM EM QUAIS MÉTODOS?	O QUE FAZER?
Sensibilidade dos seios	AOC Minipílula Injetável mensal (combinado)	Recomendar uso de sutiã firme (inclusive durante atividade física). Orientar uso de compressas quentes ou frias. Sugira um analgésico. Considerar soluções localmente disponíveis.
Dor aguda na parte inferior do abdômen	Minipílula DIU de cobre ACE	Ficar atento a sinais de gravidez ectópica. Ficar atento a sinais de doença inflamatória pélvica (DIP) e iniciar o tratamento imediatamente se confirmada a hipótese. Realizar exames abdominais e pélvicos. Iniciar o tratamento rapidamente. Não há necessidade de retirar o DIU caso a mulher queira continuar a usá-lo (exceto em caso de doença inflamatória pélvica – ver capítulo 1, sobre as queixas mais comuns). Caso deseje retirar, realizar a retirada após início do tratamento.
Cólicas e dor	DIU de cobre	É comum que a mulher sinta um pouco de cólicas e dor um ou dois dias após a colocação do DIU. As cólicas também são comuns nos primeiros três a seis meses de uso do DIU, particularmente durante a menstruação. De modo geral, não é algo prejudicial e normalmente diminui com o tempo. Sugerir um analgésico , de preferência um anti-inflamatório não esteroideal ou hioscina. Se ela também tiver menstruação intensa ou prolongada, não deverá utilizar aspirina (pode aumentar o sangramento). Se as cólicas continuarem e ocorrerem fora da menstruação: Avaliar se há problemas de saúde subjacentes e tratá-los ou encaminhar; se não for constatado nenhum problema subjacente e as cólicas forem agudas, converse sobre a possibilidade de retirar o DIU; se o DIU removido tiver aparência distorcida ou se dificuldades durante a remoção sugerirem que o DIU estava fora da posição correta, explicar à usuária que ela poderá colocar novo DIU, o qual possivelmente lhe causará menos cólicas.
Possibilidade de anemia	DIU de cobre	O DIU de cobre pode contribuir para um quadro de anemia caso a mulher já tenha baixo teor de ferro no sangue antes da inserção, pois o DIU pode provocar menstruação mais intensa. Se necessário e se possível, fornecer suplementação de ferro e orientar dieta rica em ferro.
Suspeita de perfuração uterina	DIU de cobre	Se houver suspeita de perfuração no momento da inserção ou sondagem do útero , interrompa o procedimento imediatamente (e remova o DIU caso tenha sido inserido). Se houver suspeita de perfuração uterina , encaminhe a usuária para avaliação com um clínico experiente em remoção do DIU.

continua

conclusão

SITUAÇÃO	COMUM EM QUAIS MÉTODOS?	O QUE FAZER?
Expulsão do DIU	DIU de cobre	Se o DIU sair parcialmente, remova-o. Se a usuária relatar que o DIU saiu completa ou parcialmente, conversar com a usuária e questionar se ela deseja outro DIU ou método diferente (ajude na escolha de novo método se ela preferir). Caso ela queira outro DIU, ela poderá colocá-lo a qualquer momento se houver certeza razoável de que não está grávida. Caso se suspeite de expulsão total e a usuária não souber se o DIU saiu ou não, encaminhá-la para uma radiografia ou ultrassom a fim de avaliar se o DIU se deslocou para a cavidade abdominal. Fornecer a ela método de apoio para ser usado durante este período.
Ausência dos fios	DIU de cobre	Perguntar à usuária: se e quando ela viu o DIU sair; quando ela sentiu os fios pela última vez; quando ela teve sua última menstruação; se ela tem algum sintoma de gravidez; se ela usou método de apoio desde que deu pela falta dos fios. Sempre iniciar com procedimentos menores e seguros e agir com suavidade. Verificar se há fios nas dobras do canal cervical. Em metade dos casos de ausência dos fios de um DIU, eles podem ser encontrados no canal cervical. Se não se conseguir localizar os fios no canal cervical, ou eles subiram para o útero ou o DIU foi expelido sem se notar, excluir a possibilidade de gravidez antes de tentar procedimentos mais invasivos. Solicitar ultrassonografia pélvica para verificar a presença do DIU. Fornecer a ela método de apoio para ser usado no período caso o DIU tenha saído.
O parceiro sente os fios do DIU durante o sexo	DIU de cobre	Explicar que isso acontece algumas vezes quando os fios são cortados curtos demais. Se o parceiro achar que os fios incomodam, apresente algumas opções: – Os fios podem ser cortados ainda mais de modo a não ficarem para fora no canal cervical. O parceiro dela não sentirá os fios, mas a mulher não poderá verificar os fios de seu DIU. – Se a mulher deseja poder verificar os fios do seu DIU, este pode ser removido e um novo ser colocado em seu lugar (para evitar desconforto, os fios devem ser cortados de modo a ficarem 3 centímetros para fora do cérvix).

Fonte: OMS e Febrasgo.^{7,9}

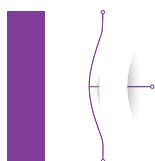
5 SAIBA MAIS

- Sobre a lei que trata e garante o direito ao planejamento reprodutivo/familiar: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm
- Sobre a portaria que institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do SUS: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>
- Sobre a portaria que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm
- Sobre a portaria que institui a Rede Cegonha no SUS: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- Sobre a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf
- Sobre discussões que envolvem o papel social da mulher vinculado à reprodução: Vídeo Vida Maria: <https://www.youtube.com/watch?v=r2peevqshe4>
- Sobre conteúdos relativos à saúde sexual e reprodutiva voltados para a Atenção Básica: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf
- Sobre como são os métodos contraceptivos ofertados pelo SUS, veja o Caderno de Atenção Básica nº 26: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf
- Sobre a portaria que trata sobre os serviços de reprodução humana assistida no SUS, consulte: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm
- Sobre os métodos anticoncepcionais e os critérios de elegibilidade da OMS, consulte documento de 2010: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf?ua=1
- Sobre a saúde e o planejamento reprodutivos, acesse o Manual da OMS de 2011: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/.
- Sobre os riscos do abortamento inseguro, acesse o documento da OMS de 2013, sobre abortamento seguro: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf?ua=1

REFERÊNCIAS

- 1 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010. (Caderno de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>.
- 2 – BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 10, p. 1-3, 12 jun. 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>.
- 3 – BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha, a ser implantada em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 121, p. 109-111, 27 jun. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.
- 4 – HEILBORN, Maria Luiza et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, 2009.
- 5 – CARVALHO, Marta Lúcia O.; PIROTTA, Katia Cibelle Machado; SCHOR Neia. Apoio: a forma predominante de participação masculina na regulação da fecundidade do casal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 9, n. 1-2, jan./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v9n1-2/05.pdf>>.
- 6 – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 4th Ed. Geneva, 2009. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf?ua=1>.
- 7 – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Family planning: a global handbook for providers**. Geneva, 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9780978856373_eng.pdf>.
- 8 – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. Ed. Geneva, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf>.
- 9 – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Manual de anticoncepção da Febrasgo. **Femina**, v. 37, n. 9, 2009. Disponível em: <http://febrasgo.luancomunicacao.net/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v37n9_Editorial.pdf>.
- 10 – HIV: science and stigma. **The Lancet**, v. 384, n. 9.939, p. 207, 2014. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61193-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61193-4/fulltext)>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- 11 – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. **Manual de orientação de reprodução humana**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://febrasgo.luancomunicacao.net/wp-content/uploads/2013/05/Manual_de_Reproducao_-Humana.pdf>.
- 12 – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Cadastro Nacional de Adoção**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/images/programas/cadastro-adocao/guia-usuario-adocao.pdf>>.

- 13 – BEYRER, C. et al. An action agenda for HIV and sex workers. **The Lancet**, v. 385, n. 9.964, p.287-301, 17. jan. 2015.
- 14 – **BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer nº 17/2010. Trata-se de encaminhamento dos documentos em epígrafe pela Secretaria do Cofen, para análise e emissão de Parecer sobre a “viabilidade dos Enfermeiros realizarem procedimentos com Medicamentos e Insumos para Planejamento Familiar Reprodutivo”. Brasília, 11 nov. 2010. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/parecer-n-172010-cofen-ctl_n_6148.html>. Acesso em: 21 set. 2015.**
- 15 – **BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 15 out. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 21 set. 2015.



PARTE 4 - PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de colo do útero, também chamado de câncer cervical, é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres.¹ Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.¹

Atingir alta cobertura no rastreamento da população definida como alvo é o componente mais importante para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer de colo do útero. Estima-se que 12% a 20% das brasileiras entre 25 e 64 anos nunca realizaram o exame citopatológico, que é a principal estratégia de rastreamento do câncer de colo do útero e de suas lesões precursoras.¹

Entre as razões que levam a uma baixa cobertura no rastreamento do câncer de colo do útero encontra-se a dificuldade de acesso e acolhimento enfrentado pelas mulheres, seja pela rigidez na agenda das equipes, que nem sempre está aberta à disponibilidade da mulher, ou ainda por não acolher singularidades. Mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais (ver [Saiba Mais](#)), negras (ver [Saiba Mais](#)), indígenas, ciganas, mulheres do campo, floresta e águas (ver [Saiba Mais](#)), em situação de rua, profissionais do sexo e mulheres privadas de liberdade, todos estes segmentos populacionais específicos demandam adequações para acessar o serviço, já que barreiras arquitetônicas, culturais, ambientais ou atitudinais (resistência, discriminação ou despreparo dos profissionais) podem afastá-las do serviço. Um público que exige atenção das equipes de saúde é a mulher com identidade lésbica. Esse grupo de mulheres pode ser vulnerável ao câncer do colo uterino pela crença errônea delas e dos(as) profissionais de saúde na impossibilidade de infecção pelo HPV na prática sexual entre mulheres. Assim, a coleta do exame de prevenção do câncer do colo uterino pode equivocadamente deixar de ser ofertado a elas, com perda da janela de oportunidade para o diagnóstico precoce.

O rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais. Os exames devem seguir até os 64 anos de idade (ver [Saiba Mais](#)). O detalhamento das recomendações de rastreamento está disposto no quadro-síntese e nos quadros complementares deste capítulo. Conhecer as indicações de acordo com faixa etária e condições clínicas é importante para qualificar o cuidado e evitar o rastreamento em mulheres fora do preconizado e da periodicidade recomendada, evitando intervenções desnecessárias.

A Atenção Básica, em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF), tem importante papel na ampliação do rastreamento e monitoramento da população adscrita, realizando busca ativa dessas mulheres, de modo a impactar positivamente na redução da morbimortalidade por essa doença.

É atribuição da Atenção Básica prestar cuidado integral e conduzir ações de promoção à saúde, rastreamento e detecção precoce, bem como acompanhar o seguimento terapêutico das mulheres nos demais níveis de atenção, quando diante de resultado de citopatológico de colo do útero alterado.²

2 QUADRO-SÍNTESE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7}

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos de contato Direcionamento para o atendimento necessário (qualquer contato da mulher com o sistema de saúde é momento oportuno de identificação daquelas não rastreadas e proceder a coleta da colpocitologia).	Equipe multiprofissional
Avaliação global	Entrevista • Idade (ver população-alvo, conforme descrita no plano de cuidados). • Verificar a realização prévia de exame citopatológico (data do último exame e ocorrência de exames citopatológicos anormais, vide Quadro 5 deste capítulo). • Questionar sobre a realização de exames intravaginais, utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais, história de relações sexuais com preservativo nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico (fatores que podem ocasionar prejuízo à leitura da amostra coletada). A presença de espermatozoides na amostra não prejudica sua qualidade, entretanto outros fatores podem prejudicar o diagnóstico. É importante aproveitar a presença da mulher na UBS e realizar o exame preventivo compartilhando com ela os riscos de diagnóstico alterado além de garantir registros em prontuário com a informação do tempo da prática sexual. • Antecedentes pessoais obstétricos, cirurgias pélvicas e antecedentes patológicos, em especial as IST e, entre elas, a infecção pelo HPV. • Data da última menstruação. • Presença de queixas relacionadas a corrimentos vaginais. Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta de colpocitológico, a queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo de contato da mulher se deu pelo corrimento. No entanto, em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 3 meses, pelo risco de prejuízo da amostra (para diagnóstico de tratamento dos corrimentos vaginais, ver Fluxograma 7, no capítulo sobre Atenção aos Problemas/Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres). • Dispareunia e sangramentos vaginais pós-coito ou anormais (ver Fluxograma 1, de sangramento anormal, e Fluxograma 7, de corrimentos, no capítulo 1).	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua

continuação

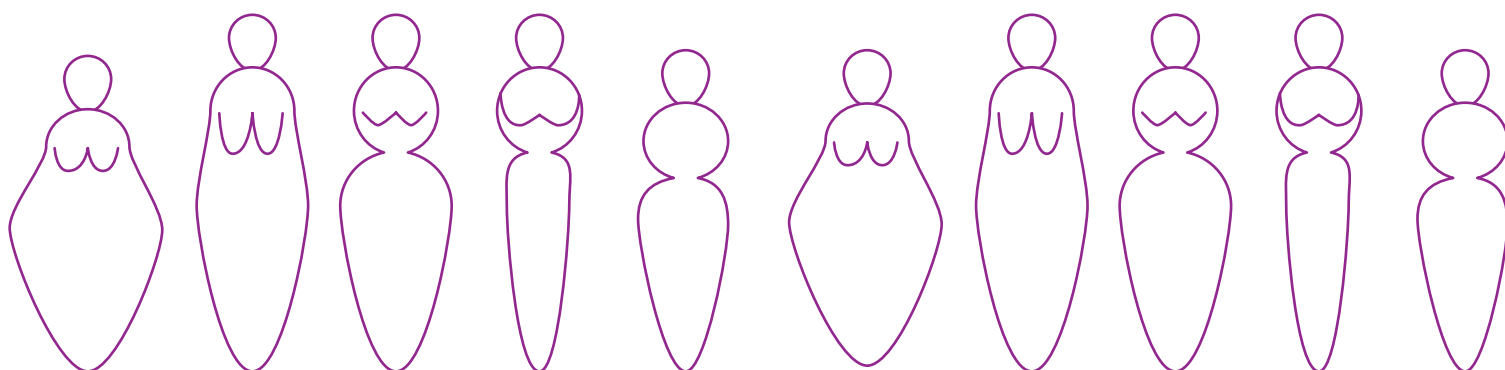
	Exame físico específico (ver Saiba Mais). - Inspeção dos órgãos genitais externos (atentando à integridade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios vaginais, presença de lesões anogenitais; para detalhamento das lesões vulvares, vide Fluxograma 6. sobre lesão anogenital – capítulo 1). - Ao exame especular, observar aspecto do colo, presença de secreção anormal ou friabilidade do colo, lesões vegetantes ou ulceradas.	Enfermeiro(a)/médico(a)
	Exame citopatológico do colo do útero - Antes de realizar o exame especular, orientar a usuária sobre o procedimento, buscando esclarecer suas dúvidas e reduzir a ansiedade e medo. - Preencher a requisição de exame citopatológico do colo do útero (ficha). - Realização de coleta de material citológico seguindo as normas técnicas de coleta, conforme padronizado pelo Inca e disposto no Caderno de Atenção Básica nº 13.² - Idealmente, a coleta da amostra deve ser pelo menos cinco dias após o término da menstruação. No entanto, caso seja esta a única oportunidade e a mulher esteja menstruada, podem-se adicionar gotas de ácido acético a 2% à solução fixadora, buscando melhorar a qualidade da amostra. <i>Na identificação de quaisquer anormalidades durante o procedimento de coleta de material para exame citopatológico do colo uterino, é imprescindível a avaliação do(a) enfermeiro(a) e/ou médico(a).</i> - Informar sobre a possibilidade de discreto sangramento após a coleta, com cessação espontânea. - Orientação sobre a importância de buscar o resultado do exame. - Agendamento do retorno para o resultado.	Técnicos em enfermagem*/ enfermeiro(a)/médico(a) <i>*A coleta de citopatológico para rastreo poderá ser realizada por técnicos em enfermagem devidamente treinados, em localidades onde seja necessário, visando ampliar o acesso da população-alvo ao exame.</i>

continua

continuação

	Exame citopatológico do colo do útero • Na presença de secreção vaginal anormal, friabilidade do colo, efetuar coleta para análise laboratorial e tratar de acordo com abordagem sintômica (ver capítulo de Atenção aos Problemas/Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres). Seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente desta abordagem. • Prescrição de tratamento para outras doenças detectadas, como IST, caso presentes, na oportunidade de rastreamento (ver capítulo de Atenção aos Problemas/Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres). • Na presença de lesões suspeitas (vegetantes ou ulceradas no colo do útero) e em mulheres com queixa de sangramento vaginal fora do período menstrual e/ou desencadeada pela relação sexual, deve-se encaminhar para avaliação especializada, visto que podem ser manifestações de doença invasora. A citologia, nesses casos, devido à necrose tecidual, pode não identificar a presença de células neoplásicas. • Diante de problemas como ressecamento vaginal, vaginismo, presença de ectopia, cisto de Naboth e pólipos cervicais, observar recomendações descritas no Quadro 2 deste capítulo.	Enfermeiro(a)/médico(a)
--	---	--------------------------------

continua



continuação

Plano de cuidados	Consulta de retorno • Interpretação do resultado do exame citopatológico e conduta (vide Quadros 3, 4 e 5 deste capítulo). • Orientação sobre periodicidade de realização do exame citopatológico: os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de um ano e, se os resultados forem normais, o exame deve ser feito a cada três anos. • O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual. • Os exames devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas sem história prévia de lesões pré-neoplásicas, devem ser interrompidos quando, após esta idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. • As mulheres com história de lesões pré-neoplásicas retornam ao rastreio trienal ao apresentarem dois exames de controle citológicos semestrais normais após tratamento das lesões precursoras na unidade de referência. • Para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, elas podem ser dispensadas de exames adicionais. • Comunicação da alteração detectada no exame para a mulher e realização de apoio emocional e esclarecimento de suas dúvidas. Abordar, a depender do resultado, sobre a necessidade de acompanhamento por meio de exame citopatológico, colposcopia ou outros procedimentos. É comum a remissão espontânea de lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau, identificada na colpocitologia de controle (vide Quadro 5). • Garantia da continuidade do cuidado em momento oportuno e encaminhamento para serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento do câncer de colo do útero, conforme necessidade.	Enfermeiro(a)/médico(a)
-------------------	---	-------------------------

continua

continuação

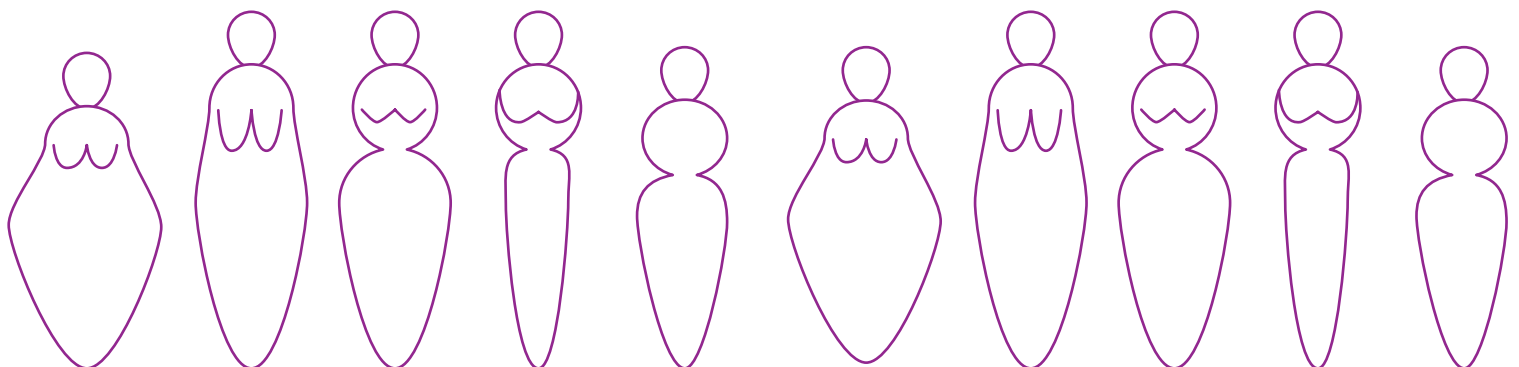
	Encaminhamentos para serviços de referência • Realizar encaminhamento dos casos que necessitam de avaliação nos serviços de referência de acordo com os critérios estabelecidos pela gestão municipal, estadual e/ou federal. • Seguir as recomendações dispostas nos quadros 4 e 5. • Encaminhar para a ginecologia/colposcopia: ➢ Lesão suspeita ao exame especular; ➢ Resultado de um colpocitológico com: ASC-H; LIE ou SIL de alto grau ou carcinoma <i>in situ</i>; ➢ Resultado de dois colpocitológicos consecutivos com: ASC-US; LIE ou SIL de baixo grau. • Encaminhar para a oncoginecologia: ➢ Resultado de biópsia de colo com: neoplasia invasora (carcinoma epidermóide/adenocarcinoma); carcinoma microinvasor; displasia cervical grave, LIE alto grau (NIC 2/3). ➢ Resultado de colpocitologia com: células malignas ou carcinoma invasor; AGC (células glandulares atípicas de significado indeterminado).	Enfermeiro(a)/médico(a)
	Acompanhamento de usuárias pós-exame • Manter o acompanhamento da mulher com resultado citopatológico alterado na Atenção Básica, quando contrarreferenciado pelo serviço de referência após diagnóstico ou tratamento. • Contato contínuo com mulheres com resultado alterado, para estimular a adesão ao tratamento e detectar as faltosas.	Equipe multiprofissional
	Estímulo às ações de prevenção primária • Oferta de vacinação contra HPV para a população feminina entre 9 e 13 anos, sendo o esquema vacinal de duas doses (0 e 6 meses) e um reforço após cinco anos da segunda dose. <i>Não há evidências suficientes da prevenção primária do câncer propriamente dito, mas sim das lesões precursoras (que podem ou não evoluir para câncer, a depender de diversos fatores), conforme disponível no Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (ver Saiba Mais).</i> • Orientações sobre o uso de preservativo. • Combate ao tabagismo (o tabagismo é fortemente associado ao desenvolvimento do câncer cervical e ao retorno de lesão pré-maligna em mulheres tratadas).	Equipe multiprofissional
	Ações de vigilância em saúde • Realização de busca ativa de mulheres dentro da população-alvo e com exame em atraso. • Seguimento de casos alterados.	

continua

conclusão

Educação em saúde

- Orientação individual e coletiva de mulheres sobre o objetivo do exame e sua importância.
- Orientação individual e coletiva de mulheres sobre aos fatores de risco para o câncer de colo do útero: tabagismo, idade, infecção por HPV.
- Orientação individual e coletiva sobre sexo seguro e prevenção do câncer de colo do útero.
- Orientação individual e coletiva quanto à periodicidade, recomendações do exame e cuidados a serem tomados antes da coleta, evitando a realização de exames intravaginais, utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais, ou manutenção de relações sexuais com preservativos nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico.



Quadro 1 – Recomendações da coleta do exame citopatológico do colo do útero diante de situações especiais^{2, 3}

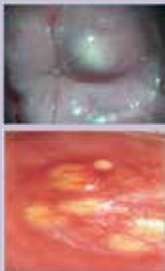
SITUAÇÃO	O QUE FAZER
Sem história de atividade sexual	Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres.
Gestantes	- Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres. - Há recomendações conflitantes quanto à coleta de material endocervical em grávidas. Apesar de não haver evidências de que a coleta de espécime endocervical aumente o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada, outras fontes recomendam evitá-la devido ao risco em potencial. - Recomenda-se análise caso a caso, pesando riscos e benefícios da ação. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ser acompanhadas de forma segura sem a coleta endocervical durante a gravidez. Por outro lado, para mulheres com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame, devendo, portanto, ser completa.
Climatério e pós-menopausa	- Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. - Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia, realizar estrogenização, conforme o Quadro 4.
Histerectomizadas	- Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento. - Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível. Exceção: se a histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso (lesão precursora – controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais; câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual. - Na requisição do exame, informar sempre a lesão tratada (indicação da histerectomia).
Imunossuprimidas	É parte deste grupo: mulheres infectadas pelo vírus HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteroides. - O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual, com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. - Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³, deve ter priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ter o rastreamento citológico a cada seis meses. Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.

Quadro 2 – Recomendações diante dos problemas mais frequentes encontrados durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero²

PROBLEMA	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Ressecamento vaginal ou colpíte atrófica	- A atrofia genital pode levar a resultados falso-positivos, devendo o exame na mulher menopáusica estar bem indicado para evitar ansiedade e intervenções desnecessárias. - Estes achados são comuns no período do climatério, só demandando tratamento se houver queixas como secura vaginal ou dispareunia, dificuldades na coleta do exame ou prejuízo da amostra pela atrofia (ver Quadro 4). - O tratamento da colpíte atrófica pode ser realizado pela administração vaginal de creme de estriol 0,1%, por um a três meses. Deve ser utilizado, de preferência à noite, durante 21 dias, com pausa de sete dias, ou ainda duas vezes por semana (sempre nos mesmos dias). O creme deve ser suspenso 48 horas antes da coleta. - Por ser mínima a absorção sistêmica do estrogênio tópico, este não está contraindicado nas mulheres com história de câncer de mama. <i>No entanto</i>, nas mulheres que fazem uso dos inibidores da aromatase (como os utilizados no tratamento do câncer de mama), a terapia com estrogênios está contraindicada.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Vaginismo	- A etiologia do vaginismo não está bem esclarecida, embora comumente esteja associada a fatores psicossociais, afetivos, que podem ser decorrentes de questões culturais, religiosas ou mesmo secundários a vivências sexuais traumáticas. Entre as causas físicas, podem estar: anormalidades do hímen, anormalidades congênitas, atrofia vaginal, endometriose, infecções, lesões na vagina, tumores, doenças sexualmente transmissíveis, congestão pélvica (ver Saiba Mais). - Caracteriza-se pela contração involuntária dos músculos próximos à vagina antes da penetração. Pode impedir a realização do exame, pela limitação à introdução do espéculo. Caso isso aconteça, recomenda-se evitar o exame naquele momento para não provocar desconforto ou mesmo lesões à mulher. Deve-se apoiá-la, buscar tranquilizá-la e tentar reagendar a avaliação. Deve-se, ainda, investigar a etiologia. - Considerar encaminhamento ao ginecologista caso seja identificada causa orgânica que necessite de tratamento na atenção especializada ou apoio psicológico especializado, quando necessário.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Ectopia 	No período de atividade menstrual, fase reprodutiva da mulher, geralmente, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, caracterizando ectopia ou eversão. Logo, a ectopia é uma situação fisiológica, não demandando intervenções.	Enfermeiro(a)/ médico(a)

continua

conclusão

PROBLEMA	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Cisto de Naboth 	É decorrente da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes, sem significado patológico, não demandando intervenções.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Pólipos cervicais 	- São projeções da mucosa do canal do colo uterino, podendo levar a sangramento vaginal fora do período menstrual e principalmente após relação sexual. Quando localizados externamente, são facilmente visualizados no momento da realização do exame preventivo. - São benignos na maioria dos casos. Não causam dor pélvica, dispareunia ou distúrbios menstruais significativos. - Encaminhar ao ginecologista para retirada em presença de queixa de sangramento desencadeado pela relação sexual, corrimento vaginal aumentado; sangramento discreto entre as menstruações.	Enfermeiro(a)/médico(a)

Quadro 3 – Adequabilidade da amostra³

SITUAÇÃO	O QUE FAZER
Amostra insatisfatória para avaliação	É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada por natureza técnica ou devido à presença de: sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular. Nestes casos, a mulher deve repetir o exame em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.
Amostra satisfatória para avaliação	É aquela com células em quantidade representativa, cuja observação permita conclusão diagnóstica. Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero: células escamosas; células glandulares (não inclui o epitélio endometrial) e células metaplásicas.
Esfregaços normais somente com células escamosas	Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical coletada com escova apropriada e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre). Deve ser repetido com intervalo de um ano, e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de três anos.

Quadro 4 – Recomendação diante de resultados de exames citopatológicos normais^{2, 3}

RESULTADO	O QUE FAZER
Dentro dos limites da normalidade no material examinado	Seguir a rotina de rastreamento citológico.
Metaplasia escamosa imatura	
Reparação	
Inflamação sem identificação do agente (alterações celulares benignas reativas ou reparativas)	- Seguir a rotina de rastreamento citológico. - Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal, segundo o Fluxograma 7 do capítulo 1, sobre corrimentos vaginais.
Achados microbiológicos: <i>Lactobacillus sp.</i> - Cocos - Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de <i>Gardnerella/ Mobiluncus</i>) <i>Candida sp.</i>	
Atrofia com inflamação	- Seguir a rotina de rastreamento citológico. - Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal, conforme esquema sugerido no Quadro 2 – item tratamento para colpite atrófica.
Indicando radiação	- Seguir a rotina de rastreamento citológico - O tratamento radioterápico prévio deve ser mencionado na requisição do exame.
Achados microbiológicos: <i>Chlamydia sp.</i> - Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes <i>Trichomonas vaginalis</i> <i>Actinomyces sp.</i>	- A colpocitologia oncótica não é método com acurácia diagnóstica suficiente para o diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por ISTs. No entanto, diante da indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes micro-organismos, tais achados microbiológicos são oportunidade para a identificação de agentes que devem ser tratados <i>Chlamydia</i>, <i>Gonococo</i> e <i>Trichomonas</i>: mesmo que sintomatologia ausente (como na maioria dos casos de infecção por <i>Chlamydia</i> e <i>Gonococo</i>), seguir esquema de tratamento da mulher e parceiro, além de oferta de sorologias e orientações, conforme Quadro-síntese sobre corrimentos do capítulo sobre Atenção aos Problemas/Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres. <i>Actinomyces</i>: bactéria encontrada no trato genital de um percentual (10% a 20%) de mulheres usuárias de DIU; raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante: não se trata, não se retira o DIU. - Herpes vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital, conforme Quadro-síntese sobre corrimentos do capítulo sobre Atenção aos Problemas/Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres.
Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa	- Seguir a rotina de rastreamento citológico. - Avaliar a cavidade endometrial, confirmando se o exame não foi realizado próximo ao período menstrual. Essa avaliação deve ser preferencialmente através de histeroscopia. <i>Na dificuldade de acesso a esse método, avaliar o eco endometrial através de ultrassonografia transvaginal.</i>

Quadro 5 – Recomendação inicial diante de resultados de exames citopatológicos anormais^{2, 3}

RESULTADO		O QUE FAZER	
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas.	Provavelmente não neoplásica.	• Repetição da citologia em seis meses ou 12 meses. ➤ Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de seis (no caso de mulheres com 30 anos ou mais) ou 12 meses (no caso de mulheres com menos de 30 anos) forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal; ➤ Se achado de lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia.*
		Não se pode afastar lesão de alto grau.	Encaminhamento para colposcopia.*
	Em células glandulares.	Provavelmente não neoplásica.	Encaminhamento para colposcopia.*
		Não se pode afastar lesão de alto grau.	
	De origem indefinida.	Provavelmente não neoplásica.	Encaminhamento para colposcopia.*
		Não se pode afastar lesão de alto grau.	
	Lesão intraepitelial de baixo grau		
Lesão intraepitelial de alto grau			Encaminhamento para colposcopia.*
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor			
Adenocarcinoma <i>in situ</i> ou invasor			

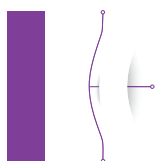
* Ver [Saiba Mais](#) para acompanhamento das mulheres encaminhadas para colposcopia.

3 SAIBA MAIS

- Sobre ações de controle dos cânceres de colo do útero e da mama: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>
- Sobre como realizar o exame físico específico e a coleta de material citopatológico: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>
- Sobre o posicionamento do Inca sobre a Resolução nº 381/2011 do Cofen, que dispõe sobre a coleta de material para realização do exame citopatológico por auxiliares e técnicos de enfermagem: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/progrma_nacional_controle_cancer_colo_uterio/notas_tecnicas
- Sobre práticas oportunísticas de rastreamento do câncer de colo do útero: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf
- Sobre o manejo de HIV, hepatites e outras DST na Atenção Básica: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad18.pdf
- Sobre a vacinação de adolescentes de 11 a 13 anos contra o papilomavírus humano (HPV) em 2014: http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/131209163823Nota_Tecnica_06-__HPV-_13.11.13.pdf <http://conitec.gov.br/images/Incorporados/VacinaHPV-final.pdf>
- Sobre a mais recente estimativa de incidência do câncer no Brasil: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>
- Sobre vaginismo: <http://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/12147/13924>
- Sobre as condutas para acompanhamento de mulheres que foram encaminhadas para colposcopia: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf
- Sobre a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de colo do útero no cotidiano da Atenção Primária: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/08_artigo_enfermeiro_prevencao_cancer_colo_uterio_cotidiano_atencao_primaria.pdf
- Sobre diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes.PDF>
- Sobre as políticas de promoção da equidade em saúde: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_procoao_equidade_saude.pdf
- Sobre a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestis e Transexuais: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
- Sobre aspectos específicos da Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2014/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>
- Sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf
- Sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf

REFERÊNCIAS

- 1 – BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
- 2 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle de Câncer de Colo de Útero e de Mama**. Brasília, 2013. (Cadernos da Atenção Básica, n. 13)
- 3 – BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
- 4 – BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
- 5 – BRASIL. Ministério da Saúde. **HIV/aids, hepatites e outras DST**. Brasília, 2006. (Cadernos da Atenção Básica, n. 18)
- 6 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília, 2010. (Cadernos da Atenção Básica, n. 29)
- 7 – BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Ofício 717/2011 – Gabinete INCA**. Resolução COFEN nº 381/2011, sobre coleta de material para realização do exame citopatológico por auxiliares e técnicos de enfermagem/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
- 8 – POLDEN M, Mantle J. **Fisioterapia em Obstetrícia e Ginecologia**. 2a ed. São Paulo: Santos; 2000.



PARTE 5 - PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o que mais acomete mulheres em todo o mundo, constituindo a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento. No Brasil, é o segundo tipo mais incidente na população feminina.¹ O País ainda apresenta falhas na abordagem dessa importante morbidade e seu diagnóstico e tratamento muitas vezes não são realizados em tempo oportuno, gerando menor sobrevida (em cinco anos) das pessoas diagnosticadas, em comparação com países desenvolvidos (50%-60% contra 85%).²

Rastreamento é a realização de testes ou exames diagnósticos em populações ou pessoas assintomáticas, com a finalidade de diagnóstico precoce, para reduzir a morbidade e mortalidade da doença, agravo ou risco rastreado, ou seja, viabiliza a identificação de indivíduos que têm a doença, mas que ainda não apresentam sintomas.³ Por sua vez, a propedêutica realizada em indivíduos sintomáticos é chamada investigação e tem por objetivo estabelecer diagnóstico. Apesar de lançarem mão de exames e procedimentos semelhantes em diferentes momentos, não devem ser confundidas entre si.

No Brasil, a estratégia preconizada para o rastreamento de câncer de mama é a mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos.⁴ O autoexame das mamas, que foi muito estimulado no passado, não provou ser benéfico para a detecção precoce de tumores e por trazer falsa segurança, dúvida e excesso de exames invasivos.⁵ Portanto, não deve ser orientado para o reconhecimento de lesões^{6,7} embora possa ser recomendado para que a mulher tenha conhecimento de seu próprio corpo,^{5,8} devendo o profissional de saúde valorizar as queixas e percepções da paciente.⁷ O exame clínico das mamas não tem benefício bem estabelecido como rastreamento, devendo ser realizado no caso de queixas mamárias, como parte inicial da investigação.^{4,5}

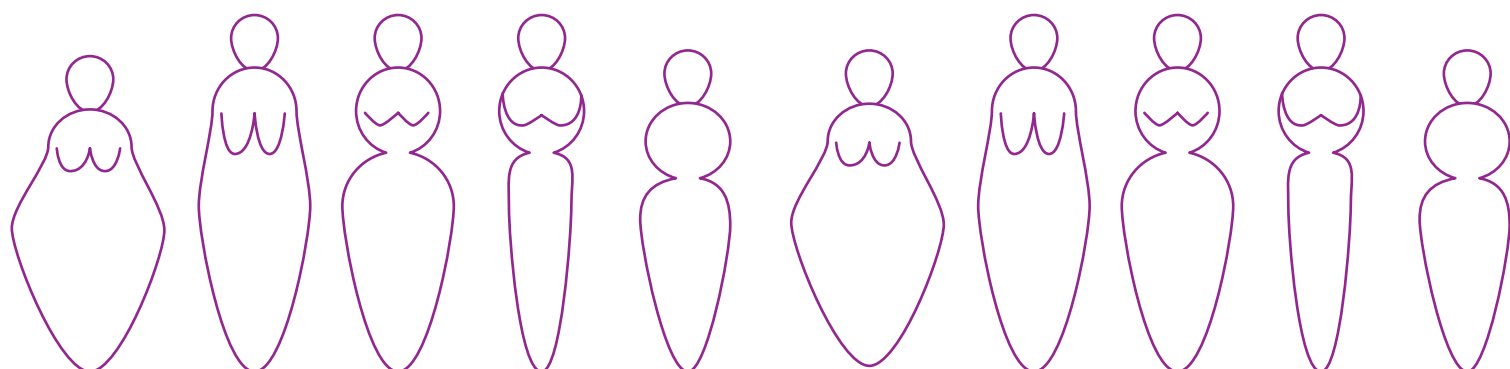
A Atenção Básica realiza prioritariamente ações de prevenção e detecção precoce e atua, em relação ao câncer de mama, nos seguintes níveis de prevenção:

- Prevenção primária: intervém sobre fatores de risco modificáveis para o câncer de mama, ou seja, estimula a manutenção do peso das pacientes em uma faixa saudável e a prática de atividades físicas e aconselha a redução do consumo de álcool e cessação do tabagismo.^{9, 10, 11}
- Prevenção secundária: realiza rastreamento conforme indicação e coordena o cuidado dos casos positivos, fazendo a ponte com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde quando necessário e apoiando a família de forma integral; dá atenção às queixas de alterações reportadas e realiza a investigação necessária visando à detecção precoce, encaminhando para a atenção especializada quando indicado.⁴
- Prevenção terciária: auxilia a reabilitação, o retorno às atividades e a reinserção na comunidade; orienta cuidados; mantém o acompanhamento clínico e o controle da doença; orienta quanto aos direitos dos portadores de câncer e facilita o acesso a eles, quando necessário.^{2,12}
- Prevenção quaternária:¹³ evita ações com benefícios incertos para a paciente e a protege de ações potencialmente danosas, não solicitando mamografia de rastreamento na população

menor de 50 anos e maior de 70 anos ou com periodicidade menor de dois anos; não estimula o rastreamento;^{4, 5, 8} realiza rastreamento de forma individualizada, fornecendo informações claras quanto aos benefícios e riscos da ação e compartilhando as decisões com a usuária (Ver [Quadro 2](#)).

São considerados fatores de risco para câncer de mama: envelhecimento (idade > 50 anos), fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade ou primeira gravidez após os 30 anos), história pregressa ou familiar de câncer de mama, uso de álcool, tabaco (o tabaco é um fator com limitada evidência de aumento do risco de câncer de mama em humanos mas merece atenção), excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante, terapia de reposição hormonal (estrogênio-progesterona).^{4, 11}

Importante destacar a necessidade de facilitar ao máximo o acesso de mulheres dentro da faixa etária preconizada para as ações de rastreamento aos serviços de saúde. Com esse objetivo, cada localidade deve planejar seus processos de trabalho, incluindo estratégias que podem envolver a flexibilização da agenda das equipes para as ações de rastreamento, a realização de busca ativa nos domicílios e espaços comunitários, e a solicitação de mamografia de rastreamento por parte de médicos e enfermeiros. Essas estratégias se tornam ainda mais relevantes para grupos que historicamente tem mais dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou que apresentam maiores vulnerabilidades e singularidades, como mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, mulheres negras, indígenas, ciganas, mulheres do campo, floresta e águas, em situação de rua, profissionais do sexo e mulheres privadas de liberdade.



Quadro 1 – Síntese de prevenção do câncer de mama^{2, 3, 4, 9, 12, 13, 14}

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos de contato. Direcionamento para o atendimento necessário.	Equipe multiprofissional
Avaliação global	Entrevista - Idade; - Índice de Massa Corporal (IMC); - Antecedentes pessoais obstétricos (menarca, nuliparidade ou primeira gravidez acima de 30 anos); - Antecedentes pessoais e familiares patológicos (história pregressa e/ou familiar de câncer de mama); - História de exposição à radiação ionizante (terapêutica ou ocupacional); - Queixas mamárias, por exemplo: mastalgia, nódulo mamário, alterações do mamilo, descarga papilar, assimetria da mama ou retração da pele (ver capítulo 1, seção 4 – Problemas na mama).	Equipe multiprofissional
	Exame físico específico - Realizar exame clínico das mamas (ECM) para investigação em caso de queixas mamárias (ver capítulo 1, seção 4 – Problemas na mama). - Observar presença de manifestações clínicas sugestivas de câncer de mama: nódulo palpável, descarga papilar sanguinolenta ou em “água de rocha”, lesão eczematosa da pele, edema mamário com pele em aspecto de “casca de laranja”, retração na pele da mama, mudança no formato do mamilo.	Enfermeiro(a)/médico(a)

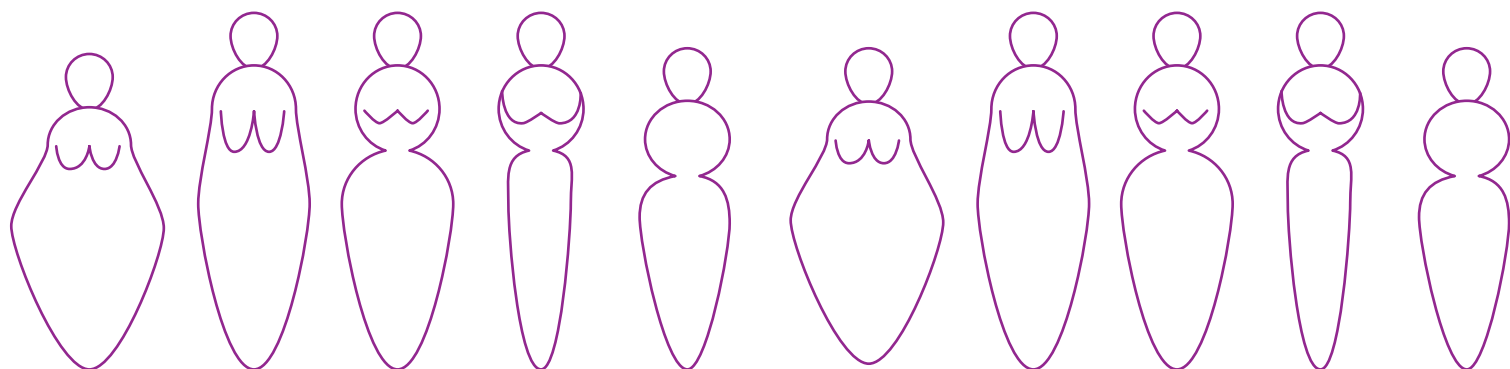
continua

conclusão

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Plano de cuidados	Exames para rastreamento - Orientação e realização dos procedimentos de rastreamento: mulheres entre 50 e 69 anos de idade – mamografia a cada dois anos. - Não realizar outros exames para rastreamento, não realizar mamografia com menor intervalo ou fora da faixa etária indicada na ausência de sintomas ou suspeita clínica.	Enfermeiro(a)/médico(a)
	Consulta pós-rastreamento mamográfico - Recebimento dos laudos - Interpretação de resultado e conduta na mamografia de rastreamento (vide Quadro 2). - Comunicação dos achados do exame para a mulher, oferecendo apoio e esclarecendo dúvidas. - Garantia da integralidade e continuidade do cuidado e encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde, para confirmação diagnóstica e tratamento aos casos identificados de câncer de mama, conforme necessidades.	Enfermeiro(a)/médico(a)
	Atividades de Vigilância em Saúde - Identificação das mulheres com resultados positivos à investigação ou ao rastreamento para vigilância do caso, acompanhamento segundo recomendação e convocação quando necessário. - Identificação da população feminina na faixa etária prioritária para rastreamento. - Monitoramento dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento.	Equipe multiprofissional
	Educação em saúde - Orientação individual ou coletiva sobre estilo de vida saudável e prevenção de câncer. - Orientações individuais e coletivas para mulheres sobre detecção precoce do câncer de mama: possíveis alterações nas mamas (<i>breast awareness</i>), principais sinais e sintomas do câncer de mama, limites e riscos das ações de rastreamento.	Equipe multiprofissional

Quadro 2 – Mamografia de rastreamento: interpretação, risco de câncer e recomendações de conduta^{11, 15, 16}

CATEGORIA BI-RADS®	INTERPRETAÇÃO	RISCO DE CâNCER	RECOMENDAÇÕES DE CONDUTA
0	Exame inconclusivo	Indeterminado	- Avaliação adicional com incidências e manobras. - Correlação com outros métodos de imagem, conforme recomendação do médico radiologista, sendo a ultrassonografia de mamas a mais comum. - Comparação com mamografia feita no ano anterior.
1	Exame negativo	0%	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária.
2	Exame com achado tipicamente benigno	0%	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária, fora de risco.
3	Exame com achado provavelmente benigno	< 2%	- Controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes. - A paciente pode ser encaminhada à mastologia para acompanhamento compartilhado, mantendo a equipe na coordenação de cuidado, atenta às ações nos outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.
4	Exame com achado suspeito	2% a 95%, a depender do grau de suspeição	- Deverão ser encaminhadas para a unidade de referência secundária para investigação histopatológica. - Confirmado o diagnóstico, deverá ser encaminhada à unidade de referência terciária para tratamento. - AAPS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.
5	Exame com achado altamente suspeito	> 95%	
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	100%	- Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer. - AAPS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.



Quadro 3 – A eficácia do rastreamento populacional por mamografia^{7, 14, 17, 18}

Segundo a *US Preventive Services Task Force*, a sensibilidade do rastreamento por mamografia varia de 77% a 95%, dependendo do tamanho e da localização da lesão, densidade das mamas, qualidade dos recursos técnicos e habilidades de interpretação do médico radiologista. Porém, em mamas mais densas, geralmente em mulheres com menos de 50 anos, a sensibilidade cai para valores em torno de 30% a 48%.

O *Canadian Radiographic Breast Screening Study: randomised screening trial* chegou à conclusão de que o *screening* por mamografia **não reduz** a mortalidade por câncer de mama nas faixas etárias de 40-49 anos e de 50-69 anos, após um seguimento de 25 anos de suas 89.835 participantes. Em revisão sistemática de oito estudos randomizados em 2013, incluindo 600.000 mil mulheres entre 39 e 74 anos, Gøtzche conclui que o malefício causado pelo sobrediagnóstico sobrepõe-se ao benefício da detecção precoce: de 2.000 mulheres submetidas ao rastreamento por 10 anos, uma vai evitar a morte por câncer de mama, mas 10 mulheres saudáveis serão tratadas desnecessariamente e 200 mulheres experimentarão estresse psicológico por conta de falsos positivos no exame.

Assim, defende que submeter-se ao rastreamento seja uma decisão informada individual e disponibiliza folhetos em diversos idiomas em linguagem acessível para possibilitar a reflexão.

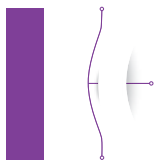
2 SAIBA MAIS

- Sobre decisão informada acerca de mamografia: <http://www.cochrane.dk/screening/index-pt.htm>
- Sobre epidemiologia do câncer de mama: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama
- Sobre ações da Atenção Básica para controle dos cânceres de colo do útero e de mama: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>
- Sobre a mamografia requerida pela enfermagem: http://www1.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5912bc804eb696bf975897f11fae00ee/NT_INCA_DARAO_Mamografia_requerida_pela_enfermagem.pdf?MOD=AJPERES

REFERÊNCIAS

- 1 – BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Câncer de mama: detecção precoce**. Rio de Janeiro, [s.d.]. On-line. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama>.
- 2 – BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>>. Acesso em: 11 mar. 2015.
- 3 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília, 2010. (Caderno de Atenção Básica nº 29)
- 4 – BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015.
- 5 – CANCER RESEARCH UK. **Be breast aware**. [Conheça os seus seios]. London, 2006. Folheto. Disponível em: <<http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/breastaware-portuguese.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2015.
- 6 – HACKSHAW, A. K.; PAUL, E. A. Breast self-examination and death from breast cancer: a meta-analysis. **British Journal of Cancer**, London, v. 88, n. 7, p. 1047-1053, 2003.
- 7 – UNITED STATES PREVENTIVE SERVICE TASK FORCE (USPSTF). **Recommendation summary**. Rockville, Nov. 2009. Disponível em: <<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstfbrca.htm>>. Acesso em: 11 mar. 2015.
- 8 – DUNCAN, B.; SCHIMIDT, M. H.; GIUGLIANI, E. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- 9 – GAUDET, Mia M. et al. Active smoking and breast cancer risk: original cohort data and meta-analysis. **Journal of the National Cancer Institute**, Oxford, v. 105, n. 8, p. 515-525, 17 Apr. 2013.
- 10 – KUSHI, L. H. et al. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, Maple Shade, v. 56, n. 5, p. 254-281, Sep.-Oct. 2006.
- 11 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres de colo de útero e da mama**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica nº 13)
- 12 – BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Direitos sociais da pessoa com câncer**. Rio de Janeiro, 2012. On-line. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/orientacoes/site/home/direitos_sociais_cancer>. Acesso em: 11 mar. 2015.
- 13 – JAMOULLE, Marc. **Quaternary prevention: prevention as you never heard before**. Definitions of the four prevention fields as quoted in the Wonca International Dictionary for General/Family Practice. Jumet: [s.n.], 2000. Disponível em: <<http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>>. Acesso em: 11 mar. 2015.
- 14 – GØTZSCHE, P. C.; JØRGENSEN, K. J. Screening for breast cancer with mammography. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, London, n. 6, Jun. 2013.

- 15 – THE NATIONAL COLLABORATIONG CENTRE FOR PRIMARY CARE (NCC-PC). Referral guidelines for suspected cancer in adults and children. Part One: Chapters 1-12. London: NCC-PC, 2005. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg27/evidence/cg27-referral-for-suspected-cancer-full-guideline-part-one2>>. Acesso em: 11 mar. 2015.
- 16 – SICKLES, E. A. et al. ACR BI-RADS® Mammography. In: D'ORSI, C. J. et al. ACR BI-RADS® Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System. Reston: American College of Radiology; 2013.
- 17 – MILLER, A. B. et al. Canadian Narional Breast Screening Study-2: 13-year results of a randomised trial in women aged 50-59 years. Journal of the National Cancer Institute, Oxford, v. 92, N. 18, p. 1.490-1.499, 2000.
- 18 – MILLER, A. B. et al. Twenty-five year follow up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. British Medical Journal, London, n. 348, p. g366, 11 Feb. 2014.



PARTE 6 – ATENÇÃO ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO

1 INTRODUÇÃO

O climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos.^{1, 2, 3} É uma fase biológica da vida da mulher e um período de mudanças psicossociais, de ordem afetiva, sexual, familiar, ocupacional, que podem afetar a forma como ela vive o climatério e responde a estas mudanças em sua vida.^{4, 5}

A menopausa, marco do período climatérico, é a interrupção permanente da menstruação e o diagnóstico é feito de forma retroativa, após 12 meses consecutivos de amenorreia, ocorrendo geralmente entre os 48 e 50 anos de idade. A menopausa pode ocorrer de forma precoce, antes dos 40 anos, a chamada falência ovariana precoce. Nestes casos, precisam ser descartadas algumas condições clínicas de manejo na Atenção Básica (como a gravidez) e as mulheres devem ser encaminhadas para investigação no serviço de referência (ver [Fluxograma 3, sobre amenorreia, no capítulo 1](#)). A confirmação do climatério e da menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais.

Muitas mulheres passam pelo climatério sem queixas, mas outras podem apresentar queixas diversificadas e com intensidades diferentes. As principais manifestações que levam as mulheres a procurar o serviço de saúde estão descritas no Quadro 1, algumas sendo transitórias e outras permanentes. A irregularidade menstrual é universal e os fogachos e suores noturnos também são bastante frequentes, típicos deste período. É importante enfatizar que as queixas que mais interferem na qualidade de vida da mulher no climatério são as de ordem psicossocial e afetiva.

Recomenda-se abordagem humanizada destas mulheres, com o mínimo de intervenção e uso de tecnologias duras possível, já que o reconhecimento do climatério é essencialmente clínico e a maior parte das manifestações pode e deve ser manejada com hábitos de vida saudáveis, medidas comportamentais e autocuidado. O envelhecer é um processo biológico, não patológico, exigindo dos profissionais da saúde o cuidado pautado em princípios éticos aliados a competências relacionais, aconselhamento, orientações e educação para a saúde e a qualidade de vida.^{1, 6}

2 QUADRO-SÍNTESE - ATENÇÃO ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO ^{1, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15}

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos de contato. Direcionamento para o atendimento necessário.	Equipe multiprofissional
Avaliação global	Entrevista - Data da última menstruação; - Uso de métodos anticoncepcionais; - Tabagismo e história familiar de câncer de mama; - Última coleta de citopatológico do colo do útero; - Sangramento genital pós-menopausa; - Explorar as queixas (Quadro 1) e outras demandas relacionadas ao ciclo de vida.	Equipe multiprofissional
	Exame físico geral - De acordo com as queixas, comorbidades, riscos relacionados (cardiovasculares e cânceres de mama e colo do útero). - Avaliar dados vitais e antropométricos (peso e altura para cálculo do IMC e circunferência de cintura). - Avaliação de risco cardiovascular.	Enfermeiro(a)/médico(a)
	Exame físico específico - Exame ginecológico orientado para queixas e fatores de risco cardiovascular e quedas no idoso. - Coleta oportunística* de citopatológico de colo uterino, se necessário (ver protocolo de Prevenção do Câncer de Colo do Útero) - Solicitação oportunística de mamografia se mulher maior de 50 anos (ver protocolo de Prevenção do Câncer de Mama).	Enfermeiro(a)/médico(a)
	Confirmação do climatério - Definir climatério quando a mulher encontra-se dentro da faixa etária esperada para o período e apresenta: a) Queixas sugestivas (vide manifestações transitórias no Quadro 1); e/ou b) 12 meses consecutivos de amenorreia. - Nos casos em que há amenorreia e outras irregularidades menstruais, realizar abordagem ampliada considerando outros diagnósticos diferenciais (ver problemas relacionados à menstruação no capítulo 1). - A confirmação do climatério e menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais. Apenas em caso de dúvida diagnóstica, dosar FSH (valores acima de 40 mUI/ml indicam hipofunção ovariana; valores inferiores não confirmam climatério).	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua

continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Plano de cuidados	Abordagem integral e não farmacológica das queixas no climatério - Cuidados não farmacológicos das queixas no climatério (Quadro 2). - Práticas integrativas e complementares, em especial a fitoterapia (Quadro 3): ✓ Alguns fitoterápicos podem auxiliar no alívio dos sintomas presentes no climatério, particularmente os fogachos, alteração transitória que pode comprometer a qualidade de vida das mulheres nesse período. ✓ Entre os fitoterápicos presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), o único que está associado ao tratamento dos sintomas do climatério é a isoflavona da soja. - Abordagem motivacional quanto ao estilo de vida saudável (alimentação, atividade física, higiene do sono) e à elaboração de novos projetos e objetivos para essa nova fase da vida. - Atenção às redes de apoio social e familiar, relações conflituosas e situações de violência. - Orientar anticoncepção no climatério (ver protocolo de Planejamento Reprodutivo). - Realizar ações de prevenção de forma individualizada, em especial, quanto a doenças crônico-degenerativas cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas, de acordo com faixa etária, história, fatores de risco e comorbidades: ✓ Não há indicação da realização de exames de rotina no climatério, eles devem ser orientados de forma individualizada, quando necessário. ✓ Não está indicado o rastreamento universal da osteoporose com realização de densitometria óssea.⁸ Para mais informações sobre diagnóstico e tratamento da osteoporose e indicações da densitometria óssea, ver Saiba Mais	Enfermeiro(a)/médico(a) e outros profissionais de nível superior de acordo com as atribuições das categorias
	Abordagem farmacológica - Terapias não hormonal e hormonal – em casos selecionados (vide Quadros 4 e 5). - Avaliação de necessidade, indicações, contraindicações absolutas e relativas. - Uso racional de medicamentos. - Acompanhamento clínico periódico das mulheres em uso de terapia farmacológica, sobretudo a hormonal.	Médico(a)

continua

conclusão

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	Educação em saúde Realizar orientação individual e coletiva para as mulheres acerca de: • Resignificação do climatério: ✓ Abordar a vivência da mulher nessa fase, do ponto de vista biopsicossocial. Enfatizar que, como nas demais fases da vida, esta também pode ser experimentada de forma saudável, produtiva e feliz. ✓ Incentivar e promover a troca de experiências entre as mulheres e a realização de atividades prazerosas, de lazer, de trabalho, de aprendizagem, de convivência em grupo, de acordo com os desejos, necessidades e oportunidades das mulheres e coletivos. • Resignificação dessa fase de vida, que pode ser saudável, produtiva e feliz. • Queixas do climatério (ver Quadro 1). • Exercícios da musculatura perineal. • Alimentação saudável (ver Saiba Mais): ✓ Estimular a alimentação rica em vitamina D e em cálcio, por meio do consumo de leite, iogurte, queijos (principais fontes), couve, agrião, espinafre, taioba, brócolis, repolho, sardinha e castanhas (veja Prevenção da Osteoporose, a seguir). • Manutenção do peso normal. • Prática de atividade física (ver Saiba Mais): ✓ Orientar a prática de 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada/semana (sejam ocupacionais ou de lazer), sendo ao menos 10 minutos de atividades físicas de forma contínua por período. ✓ Promover a realização de atividades de fortalecimento muscular duas ou mais vezes por semana, além de práticas corporais que envolvem lazer, relaxamento, coordenação motora, manutenção do equilíbrio e socialização, diariamente ou sempre que possível. • Alterações e medidas de promoção à saúde bucal. • Doenças sexualmente transmissíveis, HIV, hepatites. • Transtornos psicossociais. • Prevenção primária da osteoporose e prevenção de quedas: ✓ Informar sobre a prevenção primária da osteoporose e o risco de fraturas associadas. ✓ Orientar dieta rica em cálcio (1.200 mg/dia) e vitamina D (800-1.000 mg/dia). ✓ Aconselhar exposição solar, sem fotoproteção, por pelo menos 15 minutos diariamente antes das 10h ou após as 16h. ✓ A suplementação de cálcio e vitamina D só está recomendada se não houver aporte dietético adequado destes elementos e/ou exposição à luz solar. ✓ Recomendar exercícios físicos regulares para fortalecimento muscular e ósseo, melhora do equilíbrio e da flexibilidade. ✓ Aconselhar a cessação do tabagismo e a redução do consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína. ✓ Avaliar fatores de risco para quedas: ambiência doméstica; uso de psicotrópicos; dosagem de medicamentos anti-hipertensivos, distúrbios visuais e auditivos.	Equipe multiprofissional

Nota: * O *rastreamento oportunístico* é aquele que "ocorre quando a pessoa procura o serviço de saúde por algum outro motivo e o profissional de saúde aproveita o momento para rastrear alguma doença ou fator de risco".⁸ Como o climatério e a menopausa são fases normais da vida, não há um conjunto de procedimentos e exames a serem realizados e o cuidado deve ser orientado às necessidades das mulheres. No entanto, deve-se aproveitar as oportunidades de contato para revisar a necessidade de ações preventivas, observadas as indicações destas e as características e necessidades das mulheres que buscam cuidado nessa fase.

Quadro 1 – Quais são as queixas associadas ao climatério?³

Manifestações transitórias	• Menstruais: o intervalo entre as menstruações pode diminuir ou pode estar aumentado; as menstruações podem ser abundantes e com maior duração. • Neurogênicas: ondas de calor (fogachos), sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesias, insônia, perda da memória e fadiga. • Psicogênicas: diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia. Atenção: tais queixas, assim como a diminuição do desejo sexual, rejeição do parceiro e outras relacionadas à sexualidade são comuns nesse período, não devendo ser entendidas e abordadas apenas como decorrentes das mudanças biológicas (hormonais) no período do climatério; deve-se realizar abordagem ampliada da mulher, sua família e rede social, abordando aspectos biopsicossociais.
Alterações não transitórias	• Urogenitais: mucosa mais delgada, propiciando prolapsos genitais, ressecamento e sangramento vaginal, dispareunia, disúria, aumento da frequência e urgência miccional. • Metabolismo lipídico: a mudança dos níveis de estrogênio na pós-menopausa é considerada como fator relevante na etiopatogenia da doença cardiovascular e das doenças cerebrovasculares isquêmicas; é comum haver aumento das frações LDL e TG e redução da HDL. • Metabolismo ósseo: há mudanças no metabolismo ósseo, variáveis de acordo com características genéticas, composição corporal, estilo de vida, hábitos (como tabagismo e sedentarismo) e comorbidades. As mudanças na massa e arquitetura ósseas costumam ser mais evidentes nas regiões da coluna e do colo do fêmur. • Ganho de peso e modificação no padrão de distribuição de gordura corporal: tendência ao acúmulo de gordura na região abdominal (padrão androide). Atenção: a adoção de estilo de vida saudável, com prática regular de atividade física e alimentação adequada para as necessidades da pessoa, reduz essa manifestação.

Quadro 2 – Cuidados não farmacológicos e orientações de acordo com as queixas apresentadas^{1, 3}

Alterações dos ciclos menstruais	• No período anterior à menopausa propriamente, podem ocorrer sangramentos abundantes, podendo ser realizada abordagem farmacológica com métodos hormonais, em especial os progestágenos (ver Fluxograma 1 – Sangramento Uterino Anormal). • O uso de contraceptivos hormonais (ACO ou progestágenos isolados) para planejamento reprodutivo dificulta a identificação da menopausa; nestes casos, para avaliação do <i>status</i> hormonal, deve-se realizar pausa de sete dias do AOC para a realização da dosagem do FSH.
--	---

continua

continuação

Fogachos e suores noturnos	Atentar para: • Enfermidades/condições que possam cursar com sudorese noturna, calafrios, perda de peso ou outros sintomas – caso haja suspeita de que as manifestações não sejam do climatério, investigar. Orientar: • Dormir em ambiente bem ventilado; • Usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas; • Usar tecidos que deixem a pele “respirar”; • Beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada deles; • Não fumar, evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína; • Ter um diário para anotar os momentos em que o fogacho se inicia e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho e evitá-las; • Praticar atividade física; • Perder peso, caso haja excesso de peso; • Respirar lenta e profundamente por alguns minutos.
Problemas com o sono	Orientar: • Se os suores noturnos/fogachos estiverem interrompendo o sono, observar as orientações indicadas no item anterior. • Se há necessidade de se levantar muitas vezes à noite para ir ao banheiro, diminuir a tomada de líquidos antes da hora de dormir, reservando o copo de água para o controle dos fogachos. • Praticar atividades físicas na maior parte dos dias, mas nunca a partir de três horas antes de ir dormir. • Deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos fins de semana, e evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde. • Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler livro ou tomar banho morno. • Assegurar que a cama e o quarto de dormir estejam confortáveis. • Não fazer nenhuma refeição pesada antes de se deitar e evitar bebidas à base de cafeína no fim da tarde. • Se permanecer acordada por mais de 15 minutos após apagar as luzes, levantar-se e permanecer fora da cama até perceber que irá adormecer. • Experimentar uma respiração lenta e profunda por alguns minutos
Sintomas urogenitais	• Sintomas como disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dor e ardor ao coito (dispareunia), corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar podem estar relacionados à atrofia genital. • Considerar o uso de: lubrificantes vaginais durante a relação sexual, hidratantes vaginais à base de óleos vegetais durante os cuidados corporais diários ou estrogênio tópico vulvovaginal (ver Quadro 5, a seguir, e Quadro 2 do capítulo Prevenção do Câncer de Colo do Útero).

continua

conclusão

Transtornos psicossociais	• Tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, concentração e memória, anedonia (perda do prazer ou interesse), diminuição da libido. • Estes sintomas variam na frequência e intensidade, de acordo com os grupos etário e étnico, além da interferência dos níveis social, econômico e educacional. Nas culturas em que as mulheres no período do climatério são valorizadas e nas quais elas possuem expectativas positivas em relação ao período após a menopausa, o espectro sintomatológico é bem menos intenso e abrangente. • Conduta: a) valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação de rotina; b) estimular a participação em atividades sociais; c) avaliar estados depressivos especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente; d) considerar tratamento para depressão e ansiedade quando necessário.
Sexualidade	• A sexualidade da mulher no climatério é carregada de preconceitos e tabus: identificação da função reprodutora com a função sexual; ideia de que a atração se deve apenas da beleza física associada à jovialidade; associação da sexualidade feminina diretamente com a presença dos hormônios ovarianos. • Os sintomas clássicos relacionados com o processo de atrofia genital que podem ocorrer devido ao hipoestrogenismo são: ressecamento vaginal, prurido, irritação, ardência e sensação de pressão. Esses sintomas podem influenciar a sexualidade da mulher, especialmente na relação sexual com penetração, causando dispareunia. • Conduta: a) estimular o autocuidado; b) estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas etc.); c) avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem de especialista focal; d) apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares; e) estimular a prática de sexo seguro; f) orientar o uso de lubrificantes vaginais à base d'água na relação sexual; g) considerar a terapia hormonal local ou sistêmica para alívio dos sintomas associados à atrofia genital (vide Quadro 5).

Quadro 3 – Fitoterápicos que podem ser utilizados no manejo de sintomas transitórios do climatério¹

FITOTERÁPICO	INDICAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS	CONTRAINDICAÇÕES
Soja (<i>Glycinemax</i>)*	Ação estrogênica-símile para os sintomas do climatério. Melhora do perfil lipídico.	Extrato padronizado de 40% a 70% de isoflavonas. Uso: 50-180 mg/dia, que devem ser divididos em duas tomadas (12h/12h).	Alergias, interferência com a absorção de certos minerais (pela presença de ácido fítico), constipação, flatulência, náuseas e irritação gástrica.	-
Trevo vermelho (<i>Trifolium pratense</i>)	Alívio dos sintomas do climatério. Ação estrogênica-símile.	Extrato padronizado a 8% de isoflavonas. Uso: 40-60 mg/dia, com dose única diária.	Semelhantes aos de produtos à base de isoflavonas. O uso concomitante de anticoagulantes orais ou heparina pode ter seu efeito potencializado. O uso de contraceptivos hormonais, bem como de tamoxifem, pode sofrer interferência. Drogas de metabolização hepática como anti-tialérgicos (fexofenadine), antifúngicos (itraconazol, cetoconazol) antineoplásicos (paclitaxel, vimblastina, vincristina) e redutores de colesterol (sinvastatina, lovastatina) podem ter sua ação alterada.	Hipersensibilidade aos componentes da fórmula e presença de coagulopatias. Gestantes ou lactantes. Em caso de manipulação cirúrgica de médio e grande porte, interromper o uso 48h antes do procedimento.
Cimicífuga (<i>Cimicifuga racemosa</i>)	Sintomas neurovegetativos do climatério (fogachos). Melhora da atrofia da mucosa vaginal.	Extrato padronizado entre 2,5% e 8% de 27-deoxiacetina. Uso: 40-80mg/dia - pode ser associada às isoflavonas.	São muito raros, incluem dor abdominal, diarreia, cefaleia, vertigens, náusea, vômito e dores articulares.	-
Hipérico (<i>Hypericoperforatum</i>)	Quadros leves a moderados de depressão não endógena.	Extrato padronizado a 0,3% de hipericinas. Uso: 300-900 mg/dia. No caso de utilizar a maior dose (900 mg), dividir em três tomadas diárias.	Irritação gástrica, sensibilização cutânea – foto-dermatite, insônia, ansiedade.	Gravidez, lactação. Evitar exposição ao sol.

continua

conclusão

FITOTERÁPICO	INDICAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS	CONTRAINDICAÇÕES
Valeriana (<i>Valeriana officinalis</i>)	Efeito sedativo, alívio da ansiedade e insônia.	Extrato seco com 0,8% de ácidos valerênicos. Uso: 300-400mg/dia, divididos em duas a três tomadas.	Hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Devem ser respeitadas as dosagens, pois, em excesso, pode causar cefaleia e agitação. Grandes quantidades podem induzir a sonhos, dispepsia e reações alérgicas cutâneas.	Hipersensibilidade, gestação e lactação.
Melissa (<i>Melissa officinalis</i>)	Alívio de ansiedade, insônia e algumas dispepsias digestivas como cólicas intestinais, flatulência, dispepsia, além de outras indicações, principalmente quando associada à valeriana.	Extrato seco: não menos que 0,5% de óleo volátil contendo citral; não menos que 6% de derivados hidroxicinâmicos totais, calculados como ácido rosmarínico. Uso: 80-240 mg/dia, em três tomadas.	Entorpecimento e bradicardia em indivíduos sensíveis.	Gestantes, portadores de glaucoma e de hipertireoidismo e hipersensibilidade aos constituintes da planta.

Quadro 4 – Abordagem farmacológica – terapia não hormonal^{1,16}

Indicação	Para mulheres com sintomas vasomotores proeminentes, sem melhora com terapias não farmacológicas.
Opções terapêuticas	- Antidepressivos (1ª escolha): paroxetina 12,5-25 mg/dia (de liberação prolongada) OU fluoxetina 20 mg/dia OU venlafaxina 37,5-75 mg/dia OU imipramina 25-50 mg/dia. - Outros: clonidina 0,1-0,2 mg/dia OU metildopa 250-500 mg/dia OU propranolol 80 mg/dia OU cinarizina 75 mg/dia OU gabapentina 600 mg/dia.

Obs.: atentar para as indicações, contraindicações, interações medicamentosas e comorbidades que podem ter seu manejo favorecido ou dificultado com o uso de tais medicamentos. Titular a dose e manter a menor dose capaz de melhorar os sintomas.

Quadro 5 – Abordagem farmacológica – terapia hormonal (TH) ^{1, 3, 6, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23}

Indicação	- Os riscos associados ao uso da TH devem ser criteriosamente avaliados pelo(a) médico(a) assistente, especialmente os cardiovasculares e as neoplasias hormônio-dependentes (vide contraindicações), devendo a mulher em uso de TH ser acompanhada sistematicamente na Atenção Básica, mesmo que a prescrição tenha sido realizada por médico especialista. O médico deve estar atento às contraindicações e aos riscos a curto, médio e longo prazo da TH, evitando o uso por período prolongado (manter pelo menor tempo possível) e interrompendo a TH assim que os benefícios esperados tenham sido alcançados ou que os riscos e danos superem os benefícios. - A administração de estrogênio, quando indicada, é uma terapia eficaz para o controle dos sintomas associados ao climatério/menopausa, sobretudo o fogacho. Ela só deve ser indicada em situações particulares, de forma individualizada e com decisão compartilhada com a mulher, quando os sintomas transitórios do climatério não alcançarem controle adequado com terapias não medicamentosas ou não hormonais e houver prejuízo importante da qualidade de vida dela devido a tais sintomas. Pode ser considerado o uso de TH nas seguintes situações: no tratamento dos sintomas vasomotores moderados a severos; no tratamento da atrofia urogenital moderada a severa e na prevenção das alterações da massa óssea associadas à menopausa em mulheres de alto risco para fraturas e em que os benefícios sejam maiores do que os riscos do uso da terapia hormonal.¹⁸ - Deve ser feita avaliação inicial criteriosa pelo(a) médico(a) assistente com seguimento regular com avaliação clínica e exames complementares de acordo com a terapêutica escolhida (vide avaliação clínica e acompanhamento longitudinal, a seguir). - O início de terapia estrogênica após 10 anos da menopausa e/ou em mulheres com idade superior a 59 anos deve ser evitado devido à associação com aumento do risco de doenças cardiovasculares nesses grupos de mulheres.³ - A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia⁶ chama a atenção quanto à evidência científica forte de que “está contraindicada a prescrição de terapia de reposição de hormônios como terapêutica antienvelhecimento com os objetivos de prevenir, retardar, modular e/ou reverter o processo de envelhecimento; prevenir a perda funcional da velhice; e prevenir doenças crônicas e promover o envelhecimento e/ou longevidade saudável (nível de evidência A).”
------------------	--

continua

continuação

Contraindicações à terapia hormonal	● Absolutas: ✓ câncer de mama; ✓ câncer de endométrio; ✓ doença hepática grave; ✓ sangramento genital não esclarecido; ✓ história de tromboembolismo agudo e recorrente; ✓ porfiria. ● Relativas: ✓ hipertensão arterial não controlada; ✓ <i>diabetes mellitus</i> não controlado; ✓ endometriose; ✓ miomatose uterina.
Avaliação clínica e acompanhamento longitudinal	● Avaliação inicial: ✓ história clínica e exame físico detalhados, com especial atenção às comorbidades, à pressão arterial e ao exame da mama; ✓ exames laboratoriais não são obrigatórios, embora possam ser importantes para a escolha da via de administração e para a avaliação do risco cardiovascular, especialmente em mulheres com comorbidades. Considerar a solicitação de: hemograma, glicemia, perfil lipídico, função hepática e renal; ✓ outros: mamografia bilateral (solicitar se o último exame tiver sido há mais de um ano), ultrassonografia transvaginal (recomendado para mulheres com sangramento uterino anormal), citopatológico do colo do útero. ● Controle aos dois-três meses: reavaliar aderência e efeitos adversos; observar o padrão de sangramento menstrual, aferição de pressão arterial e peso. ● Controle aos seis meses: reavaliar aderência e efeitos adversos; observar o padrão de sangramento menstrual, aferição de pressão arterial e peso; repetir exames laboratoriais (conforme avaliação do profissional médico responsável). ● Controles anuais: observar padrão de sangramento menstrual (se anormal, referenciar à ginecologia); exame físico com especial atenção à pressão arterial, ao peso e ao exame da mama; repetir exames laboratoriais (a critério médico); mamografia (repetir anualmente enquanto a mulher estiver em uso de terapia hormonal).

continua

conclusão

Prescrição	● A dose ministrada deve ser a mínima eficaz para melhorar os sintomas, devendo ser interrompida assim que os benefícios desejados tenham sido alcançados ou os riscos superem os benefícios. De forma geral, recomenda-se uso da terapia estrogênica por no máximo cinco anos, mas a duração deve considerar o risco/benefício individual. ● O estrogênio pode ser administrado por via oral (estrogênio conjugado ou estradiol), parenteral (estradiol) transdérmico, sob a forma de adesivo ou percutâneo, sob a forma de gel. É importante orientar a escolha da via de administração de acordo com as preferências da mulher, com a indicação da TH e também com as comorbidades: ver Saiba Mais. ● Em caso de queixas vulvovaginais e urinárias e sem demais indicações de terapia estrogênica sistêmica, pode-se utilizar estrogênio tópico vaginal: estrogênio conjugado, estriol ou promestiene, sendo que o primeiro apresenta absorção sistêmica significativa e os dois últimos absorção sistêmica desprezível (ver tratamento de ressecamento vaginal no Quadro 2 do capítulo Prevenção do Câncer de Colo do Útero). ● Opções de prescrição: estrogênio conjugado 0,3-0,625 mg OU estradiol oral 1-2 mg OU estradiol transdérmico 25-50 mcg OU estradiol percutâneo 0,5-1,5 mg. <i>Em mulheres com útero, é mandatória a associação com progestágeno</i> (medroxiprogesterona 2,5 mg/dia OU noretindrona 0,1 mg/dia OU noretisterona 0,1 mg/dia OU drospirenona 0,25 mg/dia OU progesterona micronizada 100-200 mg/dia), que pode ser realizado de forma cíclica (12 a 14 dias por ciclo, esquema em que a mulher tem sangramentos vaginais) ou contínua por via oral (esquema em que há ausência de sangramentos vaginais). ● A tibolona (1,25-2,5 mg/dia) é um esteroide sintético que se comporta em nível uterino como uma TH combinada contínua, porém sem efeito estimulante no tecido mamário (menos risco de câncer de mama), efeito protetor ósseo com redução do risco de fraturas, associado a efeito androgênico; reduz os níveis de triglicerídeos e de HDL. ● Encontram-se relacionados na Rename: estrogênio conjugado (0,3 mg); acetato de medroxiprogesterona (10 mg); nortisterona (0,35 mg); estrogênio conjugado tópico vaginal (0,625 mg/g); estriol tópico vaginal (1 mg/g).
Efeitos colaterais	● Há risco aumentado de tromboembolismo venoso com uso de estrogênio isolado ou associado à progesterona, sendo esse evento raro em mulheres entre 50 e 59 anos. ● O uso de estrogênio associado à progesterona por 3 a 5 anos aumenta o risco de câncer de mama, sendo o risco mais elevado com o uso de medroxiprogesterona. ● Estrogênio: náuseas, distúrbios gastrointestinais (quando utilizados por via oral), sensibilidade mamária, dor de cabeça, retenção de líquido, edema, provável estímulo a leiomiomas e endometriose. No que se refere aos efeitos colaterais, há variações individuais e até mesmo entre os diferentes compostos estrogênicos. ● Progestágenos: dor nas mamas, cólicas abdominais, alterações de humor, fadiga, depressão, irritabilidade, alterações na pele, ganho de peso, ansiedade e dores generalizadas. Efeitos dependentes da dose e do tipo de progestágeno utilizado.

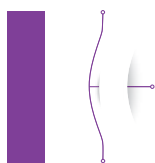
3 SAIBA MAIS

- Para entender melhor as fases do climatério e as mudanças relacionadas, consultar o Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa (Brasil, 2008): http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf
- Para saber como realizar a avaliação e o rastreamento de risco cardiovascular em adultos, consulte o Caderno de Atenção Básica nº 29 – “Rastreamento” (página 43 a 47): http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf
- Oriente as mulheres sobre hábitos alimentares saudáveis segundo as diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira e os Dez Passos para Alimentação Saudável de Adultos: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>
- <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/10passosAdultos.pdf>
- Para se aprofundar no manejo e prevenção da obesidade, veja o Caderno de Atenção Básica nº 38 – “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade”, especialmente os capítulos 4, 5 e 6 (página 77 a 125). Na pág. 203, estão os 10 passos para a alimentação saudável: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
- As estratégias para orientação de atividade física e prática corporal estão no item 4.4 do Caderno de Atenção Básica nº 35 – “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica” (página 77 a 92): http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf
- Mais detalhamento sobre o uso de fitoterápicos e plantas medicinais está no Caderno de Atenção Básica nº 31 – “Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica”: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_31.pdf
- Orientações para os usuários – osteoporose “Cartilha para pacientes”: <http://www.reumatologia.com.br/PDFs/Cartilha%20osteoporose.pdf>
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose do Ministério da Saúde: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/10/Republica----o-Portaria-n---451-de-09-de-junho-de-2014-atual.pdf>
- Sobre as indicações de TH e o acompanhamento da mulher no climatério na AB, consulte também: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/612/296>

REFERÊNCIAS

- 1 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 2 – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Research on the menopause in the 1990s**: Report of a WHO Scientific Group. Geneva, 1994. (WHO technical report series, n. 866). Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 3 – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (Febrasgo). **Manual de orientação em climatério**. Rio de Janeiro: Febrasgo, 2010. Disponível em: <http://febrasgo.luancomunicacao.net/wp-content/uploads/2013/05/Manual_Climaterio.rar>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 4 – SERRAO, C. (Re)pensar o climatério feminino. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 26, n. 1, p. 15-23, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a02.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 5 – LORENZI D. R. S. et al. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 287-293, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200019>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 6 – SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Recomendações da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia quanto ao uso de hormônios, vitaminas, antioxidantes e outras substâncias com o objetivo de prevenir, retardar, modular e/ou reverter o processo de envelhecimento**. Rio de Janeiro: SBGG, 2 maio 2012. Disponível em: <http://laggce.files.wordpress.com/2012/08/sbgg_antienvelhecimento.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 7 – INSTITUTE OF MEDICINE. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Washington, 2010. Disponível em: <<http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2010/Dietary-Reference-Intakes-for-Calcium-and-Vitamin-D/Vitamin%20D%20and%20Calcium%202010%20Report%20Brief.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 8 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília, 2010. (Caderno de Atenção Básica, n. 29). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 9 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_alimentar2014>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 10 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: obesidade. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica n. 38). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 11 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 12 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas integrativas e complementares**: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica,

- n. 31). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_31.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 13 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS** – PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
 - 14 – COSMAN, F. et al. Clinician's Guide to prevention and treatment of osteoporosis. **Osteoporosis International**, Philadelphia, v. 25, n. 10, p. 2.359-2381, 2014. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/825/art%253A10.1007%252Fs00198-014-2794-2.pdf?auth66=1421267329_369ce9d8ea798e4d17709b0dbe81eafc&ext=.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
 - 15 – FILIPPETTO, B. M. et al. Terapia não hormonal no manejo das ondas de calor no climatério. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 7-12, 2009. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav37n1p7-12.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
 - 16 – ENDOCRINE SOCIETY SCIENTIFIC. Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, Washington, v. 95, Suppl 1, n. 7, p. S7–S66, July 2010. Disponível em: <<https://www.endocrine.org/~media/endosociety/Files/Publications/Scientific%20Statements/jc-2009-2509v2.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
 - 17 – DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES FOOD AND DRUG ADMINISTRATION CENTER FOR DRUG EVALUATION AND RESEARCH (CDER). **Guidance for industry**. Noncontraceptive estrogen drug products for the treatment of vasomotor symptoms and vulvar and vaginal atrophy symptoms – Recommended prescribing information for health care providers and patient labeling. Rockville: CDER, Nov. 2005. Disponível em: <<http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/UCM135336.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
 - 18 – MARJORIBANKS, Jane; FARQUHAR, Cindy; ROBERTS, Helen; LETHABY, Anne. **Long term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women**. Malden: The Cochrane Library, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004143.pub4/abstract>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
 - 19 – U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Recommendation Summary**. Menopausal Hormone Therapy: Preventive Medication. Rockville, Sept. 2013. Disponível em: <<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf12/menohrt/menohrtfinalrs.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
 - 20 – DAUDT, C. V. G.; MACHADO, D. B. Climatério e menopausa. In: GUSSO, G. G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.1046-1054.
 - 21 – SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA; SOCIEDADE PORTUGUESA DE MENOPAUSA. **Consenso e estratégias para a saúde da mulher na pós-menopausa**. Coimbra: SPG, 2004. Disponível em: <<http://www.spginecologia.pt/uploads/menopausa.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
 - 22 – CAVADAS, L. F. et al. Abordagem da menopausa nos cuidados de saúde primários. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, n. 23, p. 227-236, 2010. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/612/296>>. Acesso em: 12 mar. 2015.



PARTE 7 – ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU DOMÉSTICA/INTRAFAMILIAR

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher pode ser definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”.¹ Considera-se como violência sexual qualquer forma de atividade sexual não consentida.^{2, 28} A violência doméstica/intrafamiliar “ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente”.²⁶ É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e/ou psicológica, assim como a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família.^{8, 30} Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental – ainda que sem laços de consanguinidade – e em relação de poder à outra. A violência doméstica/intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre mas também às relações em que se constrói e efetua. A violência doméstica/intrafamiliar inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados (as), pessoas que convivem esporadicamente e agregados.³⁷

A violência é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes orientações sexuais, classes sociais, origens, regiões, estados civis, escolaridade ou raças/etnias em relações desiguais de poder.³ Pode ocorrer desde a infância até a velhice, seja no campo do trabalho, nas dimensões religiosas, culturais e/ou comunitárias, entre outras.

No Brasil e no mundo, a violência que vitima as mulheres se constitui em sério problema de saúde pública, por ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina. Todo e qualquer ato de violência contra a mulher configura-se como violação de seus direitos, sendo necessário esforço da sociedade para garantir a prevenção e seu efetivo enfrentamento.

No contexto internacional, o Brasil é signatário de dois documentos importantes: o documento final da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (adotada em Belém do Pará, em 1994) e a Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (adotada em Pequim, em 1995).^{3, 6} No contexto nacional, desde 2011, vigoram o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher.

Em 2001, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 737, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. De acordo com a política, as ações do Ministério da Saúde para enfrentamento da violência seguem, em especial, as seguintes diretrizes: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; entre outras. Já em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída através da Portaria nº 687, que foi revisada em 2014. A PNPS tem, como um de seus eixos transversais, a cultura da paz e dos direitos humanos.

Do pacto, destacam-se duas leis: i) a Lei nº 10.778/2003,⁶ que estabelece a notificação compulsória em território nacional dos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados; e ii) a Lei nº 11.340/2006,⁷ conhecida como Lei Maria da Penha, que define a violência “doméstica e familiar contra a mulher” como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. A Lei Maria da Penha prevê medidas penais para a contenção da violência e dimensionamento do fenômeno.

Especificamente no setor saúde, as instituições envolvidas na atenção às pessoas em situação de violência sexual devem assegurar cada etapa do atendimento que for necessária. Isso inclui medidas de prevenção, emergência, acompanhamento, reabilitação, tratamento de eventuais agravos e impactos resultantes da violência sobre a saúde física e psicológica, além do abortamento legal se for solicitado pela mulher ou adolescente, de acordo com a legislação vigente. Destacam-se como legislação para essa pauta a Lei nº 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, o Decreto nº 7.958/2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS e a Norma Técnica Prevenção e Tratamento de Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra as Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde.

A notificação de violência doméstica, sexual e outras violências foi universalizada pela Portaria nº 104/2011. Em 2014, essa portaria foi substituída pela Portaria nº 1.271, que estabeleceu também a notificação imediata dos casos de violência sexual em âmbito municipal.

Uma das maneiras de se coibir a violência é tirá-la do silêncio. Entre as mais importantes políticas públicas destacadas pelo movimento feminista brasileiro, está a criação das Delegacias Especiais das Mulheres.^{4, 5, 9} Dialogando com as delegacias especiais dentro da rede de proteção às mulheres em situação de violência, figuram as unidades de saúde e a Atenção Básica. Elas ocupam papel importante na luta contra todo e qualquer tipo de violência, que podem influenciar ou causar processos de adoecimento, derivando em questões de saúde pública.¹⁰

Na Atenção Básica, devem ser desenvolvidas ações de produção do cuidado em saúde que possam garantir os direitos sexuais na perspectiva da autonomia das mulheres sobre seu corpo. É fundamental que os profissionais de saúde identifiquem e prestem atendimento integral e humanizado nas situações em que elas têm seus direitos – sexuais e humanos – violados.³ Vale enfatizar que este nível de atenção enseja acesso frequente, constante e legitimado às mulheres ao longo de toda a sua vida, estabelece relação mais próxima com a comunidade no território e é dirigido a problemas comuns de saúde muito associados com violência doméstica/intrafamiliar e sexual contra a mulher. Por essa razão, neste material, optou-se por abordar a violência doméstica/intrafamiliar e sexual contra a mulher.

Quando se dá o primeiro contato da usuária que sofreu violência com um serviço de atendimento na Atenção Básica, recomenda-se que o profissional foque no acolhimento para, somente depois, realizar preenchimento de fichas e prontuários. Por responsabilidade e ética profissional, as perguntas para identificação da violência só devem ser adotadas quando e se o profissional tiver ciência de quais condutas adotar nas situações de violência para evitar revitimização, tanto no que concerne ao pronto-acolhimento das necessidades de saúde da mulher atendida quanto no conhecimento da articulação intersetorial necessária para a produção do cuidado em saúde em

cada caso.²⁸ É importante que sejam descritos em prontuário os dados mais completos sobre as circunstâncias da situação de violência, colhidos em entrevista e no exame físico (com registro e classificação de todas as lesões identificadas).^{28, 30} O profissional deve estar sensível à dificuldade de a mulher conseguir se expressar verbalmente, o que significa escutar, acolher e observar as expressões da mulher. Também deve atentar ao tempo particular que a mulher pode precisar para relatar as vivências de violência e à importância do vínculo para a relação terapêutica, respeitando seu tempo para tomar decisões sobre seu itinerário terapêutico e para construir conjuntamente seu plano de cuidados, caso ela queira.

Pelo fato de a Atenção Básica estar nos territórios, mais próxima do cotidiano das pessoas, tem papel importante na identificação de situações de violência e, assim, nas primeiras abordagens realizadas com as mulheres, além da promoção do cuidado e do acesso a informações sobre serviços da rede que possam apoiá-las. Os profissionais precisam conhecer a rede intrasectorial de seu município para garantir o encaminhamento adequado para outros serviços e unidades das redes: Serviços da Atenção Básica - Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Ambulatórios Especializados, Policlínicas, Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados em de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Violência (CRAM), Casa da Mulher Brasileira, entre outros.^{11, 12}

IMPORTANTE:

Em 2014, foram publicados importantes normativas sobre serviços de Atenção à Saúde de Mulheres em Situação de Violência, entre as quais destacamos as portarias nº 485 e nº 618 do Ministério da Saúde. Essas portarias tratam da organização, funcionamento e cadastro dos serviços no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Os serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual podem abranger: *i)* Serviço de Referência para Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência Sexual; *ii)* Serviço de Referência para Atenção Integral a Adolescentes em Situação de Violência Sexual; *iii)* Serviço de Referência para Atenção Integral às Crianças em Situação de Violência Sexual; *iv)* Serviço de Referência para Atenção Integral aos Homens em Situação de Violência Sexual; *v)* Serviço de Referência para Atenção Integral às Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual; *vi)* Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei; e *vii)* serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual.

As unidades de atenção básica (UBS) e as unidades de Saúde da Família (USF) compõem essa rede e podem se classificar como serviços com ofertas de atendimento a pessoas em situação de violência sexual. Uma das ações das UBS e USF consiste na realização da anticoncepção hormonal de emergência (AHE).

É importante conhecer os serviços que o município dispõe em sua rede e qual a oferta de cada um deles para garantir o encaminhamento adequado das mulheres acolhidas.

Quadro 1 – Formas de violência contra a mulher (art. 7, Lei Maria da Penha)⁷

TIPOS DE VIOLÊNCIA	DEFINIÇÃO
Física	Qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal. “Violência física (também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico): são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida nos casos em que se notifica a violência extrafamiliar/comunitária) ou ferimentos por arma branca”. ³⁷
Psicológica	Qualquer conduta que cause dano emocional, diminuição da autoestima, que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento da mulher ou vise degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação. “Violência psicológica/moral é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência moral. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho a partir de relações de poder entre patrão e empregado ou empregado e empregado. Define-se como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, que ameace seu emprego ou degrade o clima de trabalho. Portanto, a violência moral é toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa”. ³⁷
Sexual	Qualquer conduta que a constranja a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Violência sexual é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual: situações de estupro; abuso incestuoso; assédio sexual; sexo forçado no casamento; jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas; pornografia infantil; pedofilia; e voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo; forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é considerada crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrastra, companheiro(a), esposo(a). ³⁷

continua

conclusão

TIPOS DE VIOLÊNCIA	DEFINIÇÃO
Patrimonial	Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades. Violência financeira/econômica/patrimonial: é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição, ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida/vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou, ainda, no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, sendo mais frequente contra as pessoas idosas, mulheres e deficientes.³⁷
Moral	Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. Trabalhamos a violência moral juntamente com a psicológica.

2 QUADRO-SÍNTESE PARA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU DOMÉSTICA/FAMILIAR NO ÂMBITO DA AB ^{3, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36}

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Atendimento humanizado: • Observar os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade, propiciando ambiente de confiança e respeito. • Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações. Vigilância do profissional com relação à sua própria conduta: • Garantir postura de não vitimização das mulheres e ter consciência crítica dos sentimentos para lidar com emoções como raiva, medo e impotência que podem surgir durante o atendimento das mulheres. • Profissionais com dificuldade de abordar o tema devem optar por abordagens indiretas (sem perguntas diretas). Identificação dos motivos de contato: Como poucas mulheres fazem queixa ativa de violência, perguntas diretas podem ser importantes, desde que não estigmatizem ou julguem-nas, para não se romper o interesse demonstrado pelo serviço em relação ao atendimento da mulher. Existem mulheres poliqueixosas, com sintomas e dores que não têm nome. Nesse caso, o profissional deve atentar para possível situação de violência. Para isso, existem propostas de perguntas: - Sabe-se que mulheres com problemas de saúde ou queixas similares às que você apresenta, muitas vezes, têm problemas de outra ordem em casa. Por isso, temos abordado este assunto no serviço. Está tudo bem em sua casa, com seu(sua) parceiro(a)? - Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde ou seus cuidados corporais? - Você está com problemas no relacionamento familiar? - Já sentiu ou sente medo de alguém? - Você se sente humilhada? - Você já sofreu críticas em casa por sua aparência, roupas ou acessórios que usa? - Você e o(a) parceiro(a) (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito? Informação prévia à paciente: • Assegurar compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento (acolhimento com escuta qualificada, avaliação global e estabelecimento de plano de cuidados) e a importância das condutas multiprofissionais na rede intra e intersetorial de proteção às mulheres em situação de violência, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento. • Orientar as mulheres sobre a importância de registrar a ocorrência para sua proteção e da família, respeitando, todavia, sua opinião e desejo. Vale lembrar que o atendimento por parte do profissional de saúde deve ser realizado independentemente da realização de boletim de ocorrência.	Equipe multiprofissional

continua

continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Avaliação global	Entrevista: • Detectar situação de vulnerabilidade (ver Fluxograma 1). • Identificar se a situação de violência é recorrente ou não (violência de repetição). • Identificar sinais de alerta de violência: - Transtornos crônicos, vagos (inespecíficos dentro da nosografia médica) e repetitivos; - Início tardio do pré-natal; - Parceiro(a) demasiadamente atento(a), controlador(a) e que reage se for separado(a) da mulher; - Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada); - Dor pélvica crônica; - Síndrome do intestino irritável; - Complicações em gestações anteriores, aborto de repetição; - Depressão; - Ansiedade; - Transtorno do estresse pós-traumático; - História de tentativa de suicídio ou ideação suicida; - Lesões físicas que não se explicam como acidentes. • Observar possibilidade de violência entre parceiros íntimos. Vale lembrar que essas situações não são necessariamente verbalizadas pelas mulheres, devido a: sentimento de vergonha ou constrangimento; receio por sua segurança ou pela segurança de seus filhos(as); experiências traumáticas prévias ou expectativa de mudança de comportamento por parte do(a) agressor(a); dependência econômica ou afetiva de parceiro(a); desvalorização ou banalização de seus problemas; e/ou cerceamento da liberdade pelo parceiro(a). • Se houver situação de risco de vida, fornecer informações sobre como estabelecer um plano de segurança.	Equipe multiprofissional
	Exame físico geral (vide Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes ¹²)	Enfermeiro(a)/médico(a)
	Exame físico específico: (vide Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes¹²) • Atentar para recusa ou dificuldade no exame ginecológico de rotina (ver capítulo Prevenção do Câncer de Colo do Útero). • Observar se há presença de ferimentos que não condizem com a explicação de como ocorreram. • Realizar inspeção detalhada de partes do corpo que podem revelar sinais de violência: troncos, membros (inclusive parte interna das coxas), nádegas, cabeça e pescoço, não se esquecendo das mucosas (inclusive genitais), orelhas, mãos e pés.	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua

continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Plano de cuidados	Dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas: Para evitar a revitimização e a perda do vínculo com a mulher, é recomendável que a AB identifique a situação de violência sexual, administre a anticoncepção hormonal de emergência (AHE) e acompanhe-a até um serviço especializado para receber todas as profilaxias e tratamentos indicados.	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua

continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	Estabelecimento de plano de segurança para mulheres com risco de vida: • Construir, junto com a mulher em situação de violência, plano de segurança baseado em quatro passos: 1) Identificar um ou mais vizinhos para o(s) qual(is) a mulher pode contar sobre a violência, para que ele(s) a ajude(m) se ouvir(em) brigas em sua casa, fazendo acordos com algum(a) vizinho(a) em quem possa confiar para combinar um código de comunicação para situações de emergência, como: “Quando eu colocar o pano de prato para fora da janela, chame ajuda”. 2) Se a briga for inevitável, sugerir que a mulher certifique-se de estar em um lugar onde possa fugir e tente não discutir na cozinha ou em locais em que haja possíveis armas ou facas. 3) Orientar que a mulher cogite planejar como fugir de casa em segurança, e o local para onde ela poderia ir nesse caso. 4) Orientar que a mulher se preocupe em escolher um lugar seguro para manter um pacote com cópias dos documentos (seus e de seus filhos), dinheiro, roupas e cópia da chave de casa, para o caso de ter de fugir rapidamente.	Equipe multiprofissional

continua

continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	Atividade de Vigilância em Saúde: - Preencher a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada a partir da suspeita ou da confirmação da situação de violência. A ficha de notificação apresenta os seguintes blocos: dados gerais, notificação individual, dados de residência, dados da pessoa atendida, dados da ocorrência, violência, violência sexual, dados do(a) provável autor(a) da violência, encaminhamento (ver Fluxograma 1). - Atentar para os casos de violência sexual e tentativa de suicídio, cuja notificação, além de compulsória, deve ser imediata (em até 24h).	Enfermeiro(a)/Médico(a)

continua

continuação

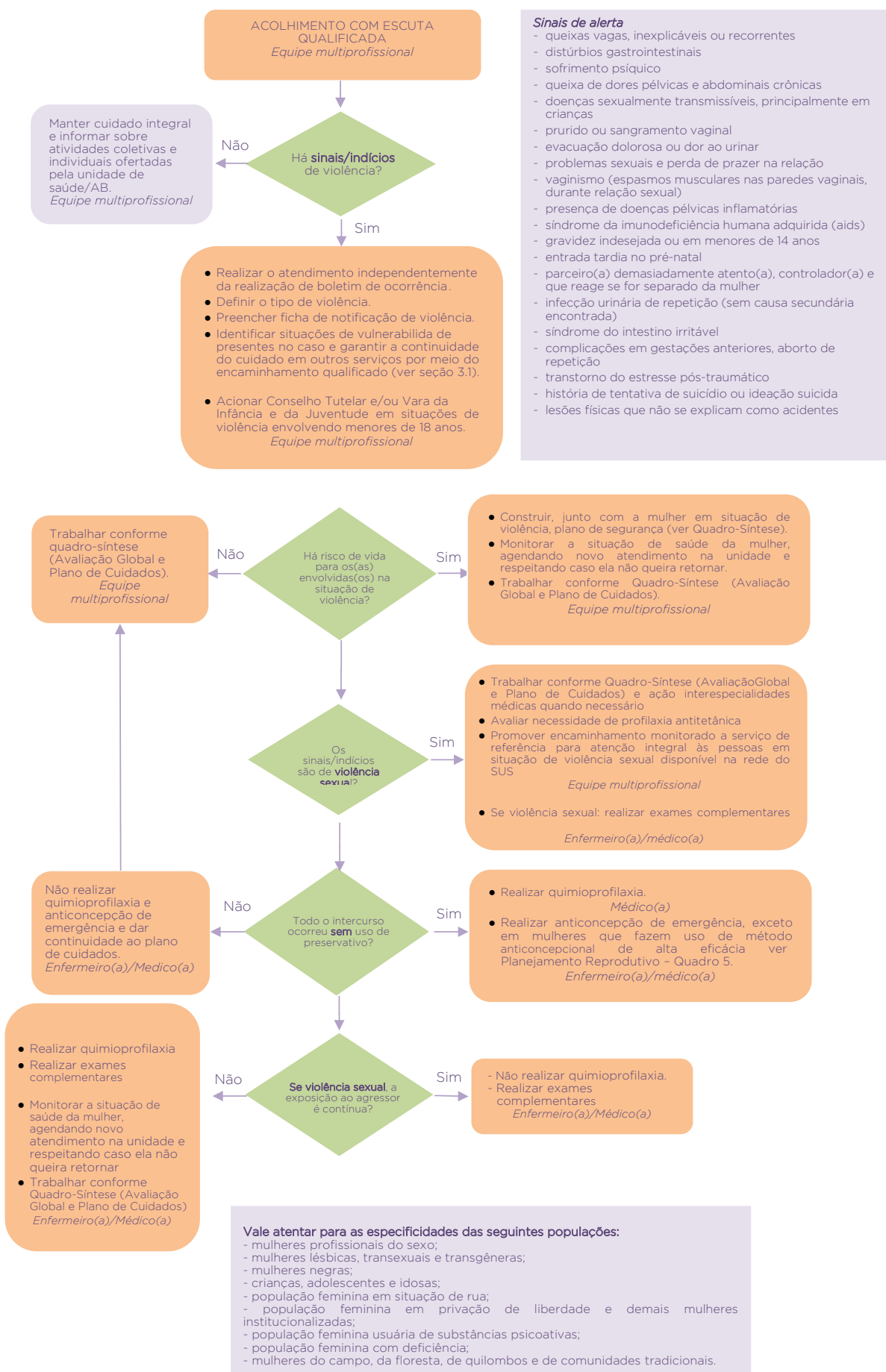
O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	Atenção humanizada na situação de interrupção legal da gestação: • Orientar que o aborto praticado por médico é legal quando é necessário (se não há outro meio de salvar a gestante), em caso de gestação de anencéfalos ou em caso de gravidez resultante de estupro. Deve haver o consentimento da mulher, ou seu representante legal, em relação ao procedimento (conforme o art. 128 do Código Penal). • Esclarecer sobre as ações previstas em caso de abortamento legal, as medidas de alívio da dor, o tempo e os riscos envolvidos no procedimento e a permanência no serviço de abortamento legal. • Orientar que, no serviço de referência, será preenchido o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez, e que não é obrigatória a apresentação de boletim de ocorrência ou autorização judicial no âmbito do SUS. • Encaminhar para os serviços de referência para interrupção legal de gestação nos casos previstos em lei. • Monitorar a usuária após o procedimento de abortamento legal, levando em consideração os riscos de intercorrências imediatas (sangramentos, febre, dor pélvica) e intercorrências tardias (infertilidade, sofrimento psíquicos). • Acompanhar e acolher a mulher pós-abortamento e realizar orientação anticoncepcional e concepcional (recuperação da fertilidade pós-abortamento, métodos contraceptivos disponíveis, utilização da anticoncepção hormonal de emergência (AHE), oferta de métodos anticoncepcionais, orientação concepcional). Monitoramento de situações de violência: • Acompanhar o itinerário terapêutico das usuárias (caminhos trilhados na busca por saúde) em situação de violência identificadas na área de abrangência atendidas pelos serviços da Atenção Básica. • Monitorar todos os casos identificados pela equipe ou por notificação levada à unidade por meio da vigilância em saúde (entrada em outros pontos da rede de assistência) e referidos ou não à rede de atendimento às mulheres em situação de violência, a partir da realização de visitas domiciliares ou outras formas de acompanhamento das usuárias (equipes de Saúde da Família, equipes NASF, Consultório na Rua). Abordagem de jovens e adolescentes: • Respeitar o sigilo profissional inerente à abordagem ética em saúde. • Abordar as necessidades de jovens e adolescentes sem que haja a obrigação do acompanhamento de pais ou responsáveis legais, exceto em casos de incapacidade daqueles. Vale lembrar que os códigos de ética dos profissionais de saúde que trabalham na Atenção Básica, bem como o artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, legitimam o direito ao acesso à saúde sem a necessidade de acompanhamento de pais ou responsáveis legais.	

continua

conclusão

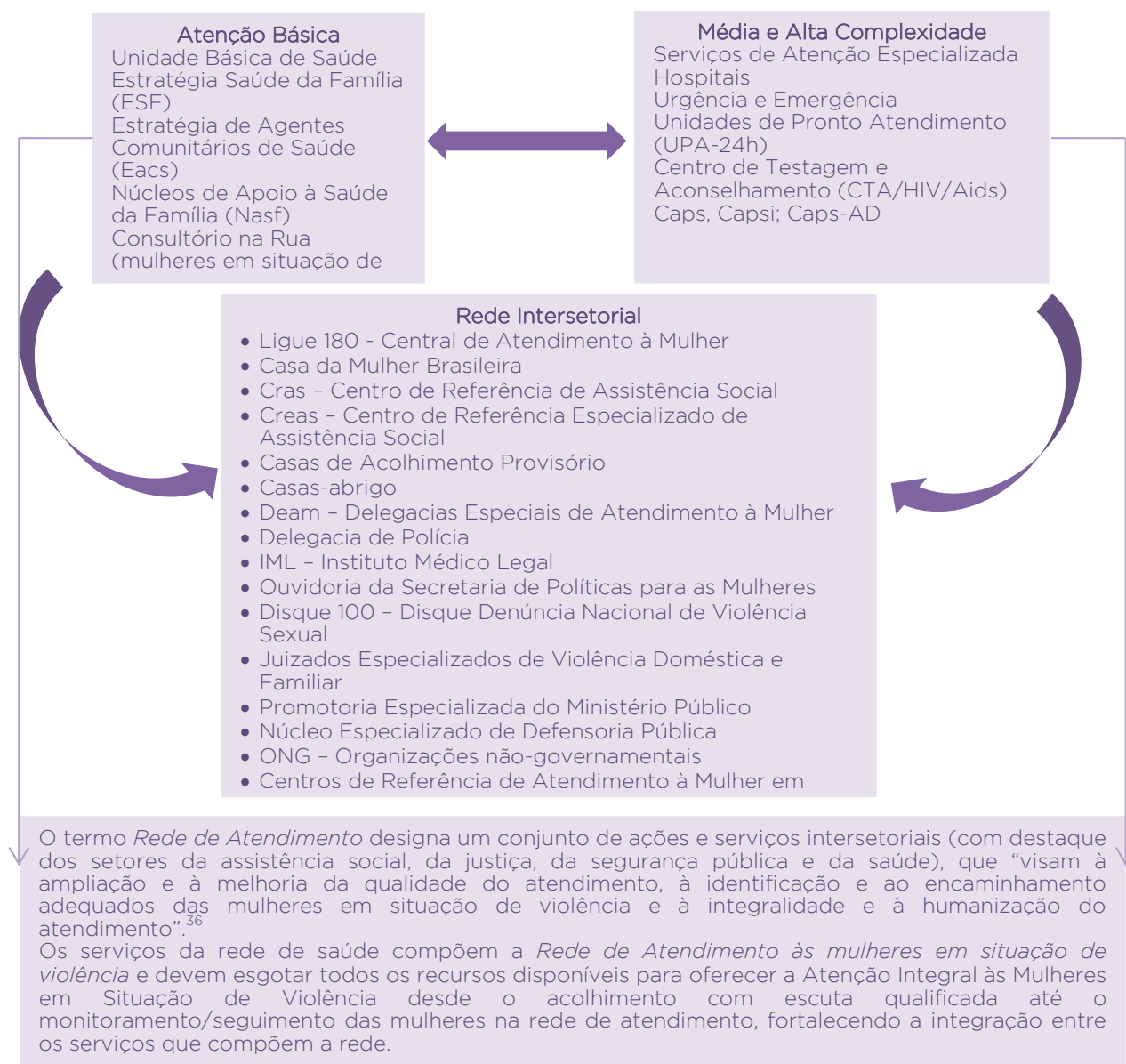
O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	Coordenação do cuidado: • Mapear e acionar os serviços de referência disponíveis na rede de atendimento às mulheres em situação de violência, que extrapolem a competência da Atenção Básica (ver seção 3). As unidades de saúde e outros serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual deverão oferecer acolhimento, atendimento humanizado e multidisciplinar e encaminhamento, sempre que necessário, aos serviços referência na saúde, serviços de assistência social ou de outras políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência e órgãos e entidades de defesa de direitos. Educação em saúde: • Orientar individual ou coletivamente os usuários da Atenção Básica acerca dos direitos das mulheres, em prol do fortalecimento da cidadania e de uma cultura de valorização da paz. • Oferecer serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pós-abortamento, bem como orientações para aquelas que desejam nova gestação, para prevenção das gestações indesejadas e do abortamento inseguro. • Orientar sobre os aspectos biopsicossociais relacionados ao livre exercício da sexualidade e do prazer.	

Fluxograma 1 – Atenção às mulheres em situação de violência doméstica e/ou violência sexual^{3, 13, 14, 17, 28, 30}



3 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

3.1 Rede de atendimento às mulheres em situação de violência^{33, 34, 35, 36}



ATENDIMENTOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Ligue 180: é um serviço de atendimento telefônico gratuito que escuta, acolhe e orienta as mulheres em situação de violência durante 24 horas/dia, sete dias por semana, incluindo finais de semana e feriados. O serviço e orienta sobre como acessar a rede de enfrentamento à violência contra as mulheres.

Clique 180: é um aplicativo para celular/tablets que informa sobre os tipos de violência contra mulheres, os locais da cidade mais arriscados para mulheres, como agir em situações de violência, a localização dos serviços da Rede de Atendimento, que tipo de serviço procurar e o acesso ao **Ligue 180** com um clique.

DEAM: as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher acolhem e escutam as denúncias de violência, registram as ocorrências, investigam e reprimem os crimes baseados em gênero, nos termos da *Lei Maria da Penha*.

Norma Técnica sobre a Prevenção e o Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norteia os(as) profissionais de saúde sobre como proceder durante o atendimento a mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual, independente da sua orientação sexual.

Notificação no SINAN: os casos suspeitos e confirmados de violência doméstica, intra e extrafamiliar, comunitária ou homofóbica contra mulheres devem ser registrados pelos(as) profissionais de saúde na Ficha de Notificação de Violências Interpessoais/Autoprovocadas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para análise do perfil epidemiológico e tomada de decisões.

4 SAIBA MAIS

- Constituição Federal de 1988: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
- Sobre a Carta da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>.
- Sobre a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/06): http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm.
- Sobre a Lei nº 10.778/03, que estabelece notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm.
- Sobre a Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014, que reorganiza o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual e seu cadastramento no SCNES: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html
- Portaria nº 618, de 18 de julho de 2014, que altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0618_18_07_2014.html
- Sobre a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que inclui a violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista de notificação compulsória, e inclui a violência sexual e a tentativa de suicídio na lista de notificação imediata: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
- Sobre a Lei nº 9.263/96, que trata e garante o direito ao planejamento reprodutivo/familiar: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm.
- Sobre a Lei nº 2.848/40, art. 128, do Código Penal, que versa sobre as condições em que o aborto é legal: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.html.
- Sobre perguntas e respostas acerca da anticoncepção de emergência para profissionais de saúde: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3_saude_mulher.pdf
- Sobre a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf.
- Sobre aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual para profissionais de saúde: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf.
- Sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/MS/2004: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf.
- Sobre a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos/MS/2005: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf.
- Sobre o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher: <http://www.spm.gov.br/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres/pacto/Pacto%20Nacional/view>
- Sobre a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher: <http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional>.
- Sobre conteúdos relativos à saúde sexual e reprodutiva, acesse o Caderno de Atenção Básica nº 26: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf.
- Sobre a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, reedição de 2011 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf.
- Sobre o tratamento sintomático das doenças sexualmente transmissíveis, o Manual de Bolso do Ministério da Saúde (2006): http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_doencas_sexualmente_transmissiveis.pdf.
- Sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-norma-atualizada-pl.pdf>.
- Sobre o Estatuto do Idoso: <http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/Legislaoidoso.pdf>.
- Sobre a Lei nº 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm
- Sobre o Decreto nº 7.958/2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm
- Sobre a Portaria nº 2.415, de 7 de novembro de 2014, que cria o procedimento “atendimento multiprofissional às pessoas em situação de violência sexual” na Tabela do SUS: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2415_07_11_2014.htm

REFERÊNCIAS

- 1 – ANDRADE, M. C.; SILVA, J. L. DST em trabalhadoras do sexo: Vulnerabilidade e exclusão. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6., 17 a 20 out. 1999, Águas de Lindoia. **Livro de resumos**. São Paulo: APSP, 1999. p. 18.
- 2 – BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- 3 – BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação SEDH. **Brasil sem homofobia**: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília, 2008.
- 4 – BRASIL. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm>.
- 5 – BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha)**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>.
- 6 – BRASIL. **Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília: SPR, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm>.
- 7 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>.
- 8 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013**. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências, integrando a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e as ações de implementação do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, 2013.
- 9 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, 2014c.
- 10 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014**. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014a.
- 11 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 618, de 18 de julho de 2014**. Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento. Brasília, 2014b.

- 12 – BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. atual. ampl. Brasília, 2012. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf >.
- 13 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. Brasília; 2005.
- 14 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília; 2010. (Caderno de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>.
- 15 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília, 2002. (Cadernos de Atenção Básica, n. 8). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>.
- 16 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva**: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_notificacao_violencia_domestica.pdf>
- 17 – BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: 2011. (Coleção Enfrentamento à Violência contra as Mulheres). Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/rede-de-enfrentamento>>.
- 18 – COSTA, M. C. **Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde**: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio. 2012. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- 19 – D'OLIVEIRA, A.F.P.L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.1037-1050, 2009.
- 20 – DEBERT, G. G., GREGORI, M. F. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 23, n. 66, p. 165-185, 2008.
- 21 – GOMES, M.C.A. **Tambores e corpos sáfcicos**: uma etnografia sobre corporalidades de mulheres com experiências afetivo-sexuais com mulheres da cidade de Fortaleza. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.
- 22 – GRANGEIRO, A. et al. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 674-684, 2012.
- 23 – GROSSI, M. P. Novas/velhas violências contra a mulher no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, número especial, p. 473-483, 1994.
- 24 – GROSSI, P. K. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: LOPES, M. W. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 133-149.
- 25 – KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.
- 26 – MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

- 27 – NUNES, E. L. G. **Adolescentes que vivem na rua**: um estudo sobre a vulnerabilidade ao HIV/aids relacionada à droga, à prostituição e à violência. 2004. Dissertação (Mestrado em Fisiopatologia Experimental) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- 28 – OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – Uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, 2009.
- 29 – OLIVEIRA, C.S.; DELZIOVO, C.R.; LACERDA, J.T. (Org.). **Redes de atenção à violência**. Florianópolis: UFSC, 2014.
- 30 – ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**. Belém do Pará, 1994.
- 31 – PADOVANI, R. C.; WILLIAMS, L. C. A. Histórico de violência intrafamiliar em pacientes psiquiátricos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 520-535, 2008.
- 32 – PORTO, R. T. S.; BISPO JÚNIOR, J. P.; LIMA, E. C. Violência doméstica e sexual no âmbito da ESF: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 787-807, set. 2014.
- 33 – SCHRAIBER, L. B. et al. Violência vivida: a dor de quem não tem nome. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p.41-54, 2003.
- 34 – SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 359-367, 2007.
- 35 – SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde às mulheres em situação de violência doméstica**. São Paulo: Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões, 2003. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/violencia/documentos/cartilha_violencia.pdf>.
- 36 – SOARES, B. M.; ILGENFRIT, I. **Prisioneiras**: vida e violência atrás das grades. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.
- 37 – STRAZZA, L. et al. Vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre mulheres com alto risco de exposição – menores infratoras e detentas do estado de São Paulo, **DST. Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, v. 17, n. 2, p.138-142, 2005.
- 38 – TAQUETTE, S. R. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n. supl. 2, 2010.

ISBN 978-85-334-2360-2



9 788533 423602



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs